This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE
MEDICAL LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
Gift
Dr. E. M. Aldana

H. 75
2 vol

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE

DERMATOLOGIE PRATIQUE

COMPRENANT

LES SYPHILIDES CUTANÉES

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE

DERMATOLOGIE PRATIQUE

COMPRENANT

LES SYPHILIDES CUTANÉES

PAR

L. BROCQ
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

TOME PREMIER

GÉNÉRALITÉS ET ENTITÉS MORBIDES VRAIES

Avec 222 figures originales dans le texte.

Les photographies cliniques contenues dans cet ouvrage sont dues à la collaboration de M. le Dr Sottas.

Les photographies histologiques à la collaboration de M. le Pr Audry (de Toulouse) et de ses élèves, les Drs Constantin, Polier et Lasserre.

LIBRERIA
E. VILLAIN.
Callejón Sta. [illegible]
Apartado 1166.
MEXICO.

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1907

Tous droits réservés

LAME LIBRARY

T 91
1387
v. 1
1907

PRÉFACE

En 1901 notre éditeur et ami, M. O. Doin. nous a demandé de préparer une troisième édition de notre *Traitement des maladies de la Peau*. Nous avons jugé préférable de faire paraître un ouvrage nouveau.

Voici plus de vingt-cinq ans que nous nous sommes exclusivement consacré à l'étude de la dermatologie. Nous avons eu la bonne fortune d'être l'élève, puis le collaborateur du regretté E. Vidal, de suivre longtemps les cliniques si écoutées de M. le Dr E. Besnier. Ce sont ces deux illustres chefs de l'École Française qui ont été nos maîtres et qui ont développé chez nous l'esprit de critique et d'analyse. Nous nous sommes efforcé de continuer leurs traditions et de marcher dans la voie qu'ils nous ont tracée. Au début de cet ouvrage nous leur devions cet hommage de profonde reconnaissance.

Mais depuis longtemps déjà nous travaillons sur notre propre fonds. Nous estimons que le moment est venu de faire connaître au grand public médical nos idées personnelles sur la pathologie cutanée, et de publier un livre qui ne soit ni un simple dictionnaire, ni une émanation directe des œuvres de F. Hebra et de ses disciples, mais qui repose sur des idées générales logiques, sur l'observation minutieuse des faits cliniques, et qui apporte une conception rationnelle des dermatoses à ceux qui voudront se donner la peine de le lire et de le comprendre.

Nous n'avons fait que peu ou point de bibliographie, et nous repoussons d'avance toutes les réclamations qui pourraient nous être adressées dans ce sens. Quand on a la prétention de donner une bibliographie, il faut l'apporter absolument complète. Or le nombre des travaux parus en dermatologie depuis quelques années est colossal et leur seule nomenclature dépasserait de beaucoup les dimensions forcément restreintes de ce Traité. D'ailleurs il nous semble que la bibliographie n'intéresse que très médiocrement la grande masse des médecins. Quant aux spécialistes français, ils possèdent tous la *Pratique Dermatologique* dans laquelle ils trouveront une bibliographie allant jusqu'en 1902. Nous avons indiqué dans ce livre les principaux

81618

mémoires qui ont été publiés depuis cette époque. Les dermatologistes auront ainsi, en consultant ces deux ouvrages, une idée suffisante de l'état actuel de la science sur les principales questions.

Malgré l'importance de ce travail, nous avons tenu à le faire seul, pour qu'il eût une unité absolue de conception. Mais nous avons largement utilisé les publications de ceux de nos collègues français qui soutiennent dignement l'honneur de notre pays.

Nous avons emprunté à notre ami, M. le Dr Darier, de nombreux chapitres d'anatomie pathologique et presque tout ce qui a trait aux tumeurs de la peau. Nous avons eu recours à la compétence si appréciée de notre ami, M. le Dr Jacquet, pour les pelades, les prurits, etc..., à celle de notre ami, M. le Dr Sabouraud, pour tout ce qui concerne les teignes et la microbiologie cutanée, à celle de notre élève et ami, M. le Dr Lenglet, pour les trophonévroses, à celle de MM. les Drs Audry, Thibierge, Dubreuilh, Jeanselme, Rist, etc.... pour de nombreux articles.

Nous avons eu cependant deux collaborateurs réels, M. le Dr Sottas et M. le Professeur Audry (de Toulouse), et nous ne saurions trop dire à quel point nous leur sommes reconnaissant de tout ce qu'ils ont fait pour l'illustration de cet ouvrage.

M. le Dr Sottas recueille depuis plus de sept ans dans notre service d'Hôpital avec une inlassable patience une admirable collection de photographies. C'est parmi celles de ces photographies qui étaient encore inédites qu'ont été choisies celles que renferme ce traité. Les dermatologistes y trouveront donc une série toute nouvelle de documents qui nous sont personnels. Que notre éminent et si dévoué collaborateur reçoive ici l'expression de tous nos plus vifs remerciements pour son concours si précieux! C'est lui qui nous a permis de faire profiter les praticiens de nos matériaux cliniques.

Il nous est particulièrement agréable d'adresser des remerciements analogues à notre excellent ami, M. le Professeur Audry, de Toulouse. Sous sa direction, ses élèves, MM. les Drs Constantin, Polier et Lasserre, ont bien voulu exécuter pour nous 65 microphotographies, la plupart inédites, provenant de préparations histologiques faites au laboratoire de la clinique dermatologique de la Faculté de Toulouse.

Nous remercions notre éditeur de l'abnégation avec laquelle il a accepté de se charger de la publication d'une œuvre aussi complexe. Nous comptons sur l'indulgence des lecteurs pour excuser les défaillances, trop nombreuses hélas ! qui existent encore dans un ensemble de cette importance.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE

DERMATOLOGIE PRATIQUE

COMPRENANT LES SYPHILIDES CUTANÉES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

GÉNÉRALITÉS SUR LES DERMATOSES[1]

On donne le nom générique de *Dermatoses* à toutes les lésions du tégument externe.

Avant d'étudier en particulier chacune d'elles, il est utile d'en donner une idée générale. On saisit ainsi l'ensemble de tout ce vaste édifice, et il devient plus aisé d'en comprendre les détails.

Malgré notre répugnance à insérer, dans un ouvrage destiné aux étudiants et aux praticiens, des considérations qui semblent au premier abord ne pas être d'une immédiate utilité, nous croyons indispensable pour permettre à nos lecteurs d'avoir une idée quelque peu précise de la dermatologie d'exposer tout d'abord en quelques mots la pathologie générale de la peau telle que nous la concevons.

Nous allons donc étudier dans la première partie de cet ouvrage :

I. *L'étiologie et la pathogénie générale des dermatoses, d'où nous déduirons leur classification*;
II. *La symptomatologie et l'anatomie pathologique générales ;*
III. *Le diagnostic général;*
IV. *Le traitement général.*

[1] Il est d'usage d'exposer, au début de tous les traités de dermatologie, l'anatomie normale et la physiologie de la peau. Cette coutume nous paraît inexplicable. Les traités de pathologie interne et externe ne renferment pas l'anatomie normale et la physiologie des organes dont ils étudient les maladies. Nous supposerons donc que nos lecteurs connaissent l'anatomie normale et la physiologie des téguments. Nous les prions de vouloir bien se reporter, pour certains détails, au bel article de Darier de la *Pratique dermatologique*.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE GÉNÉRALES DES DERMATOSES

La peau peut présenter des lésions de nature fort diverse.

Pour les grouper d'une manière logique, il convient de s'appuyer sur leur étiologie et leur pathogénie, c'est-à-dire sur leur nature réelle, primordiale. Il ne peut pas y avoir de discussion sur la légitimité de ce principe. Malheureusement on se heurte à de grandes difficultés quand on veut l'appliquer à l'étude des affections cutanées.

Les recherches modernes nous permettent de distinguer deux grandes classes de maladies :

1° La première comprend les effets exercés sur l'organisme par les agents pathogènes divers venant du dehors, agents traumatiques, toxiques, parasitaires, microbiens, lesquels agissent par eux-mêmes ou par leurs toxines. *Voilà des entités morbides vraies*, nettement définies, bien différenciées, ayant une existence autonome, en quelque sorte indépendantes du malade qui les subit.

Certes les manifestations morbides auxquelles elles donnent lieu peuvent bien varier d'aspect dans une certaine mesure suivant le mode de réaction morbide du sujet atteint, suivant les localisations qu'elles affectent, suivant qu'elles sont pures ou qu'elles s'associent à d'autres causes morbifiques, mais en réalité on peut presque toujours reconnaître leur nature d'après les effets qu'elles produisent : elles impriment aux symptômes qui en décèlent l'existence des caractères tels qu'on peut, d'après leur analyse minutieuse, en diagnostiquer la cause première.

2° La deuxième comprend, au contraire, des états morbides qui proviennent du malade lui-même, qui sont le résultat de la viciation progressive de ses tissus, de ses organes, des auto-intoxications qui se produisent peu à peu chez lui par accumulation dans son organisme de produits divers mal élaborés, mal éliminés, grâce à un mauvais fonctionnement du foie, de la rate, du tube digestif, du filtre rénal, de diverses glandes et de divers organes (capsules surrénales, glande pinéale, corps thyroïde, ovaires, testicules, etc..., etc...), dont on commence à peine à soupçonner le rôle et l'importance dans l'équilibre normal de l'organisme. Il faut y ajouter tout un ensemble de qualités, ou pour mieux dire de prédispositions morbides que le sujet apporte en naissant, qui lui viennent de ses ascendants, qu'il développe ou qu'il modifie dans la suite par la manière dont il se conduit dans la vie.

Nous ne sommes plus ici en présence de quelque chose de précis, de net, comme la gale ou la trichophytie ; il n'y a plus d'entités morbides bien définies, mais un ensemble de causes pathogènes des plus multiples, des plus difficiles à démêler, qui tiennent à l'individu lui-même, qui varient suivant les individualités, et qui vont se manifester par des symptômes dont l'aspect dépendra surtout de la manière dont cet organisme va réagir morbifiquement : ces symptômes sont donc en grande partie [1], sinon en totalité, des réactions morbides individuelles.

Certes, dans beaucoup de cas, les symptômes morbides observés dépendent de la

[1] L'analyse des éruptions médicamenteuses (voir plus loin) fera comprendre cette restriction.

combinaison, de l'intrication des deux grandes classes de maladies que nous venons d'esquisser (et c'est là un fait clinique capital sur lequel nous ne saurions trop insister) ; mais enfin il est possible de les distinguer et on doit les décrire à part.

Si nous appliquons ces principes généraux aux dermatoses, nous voyons qu'elles se divisent, au point de vue étiologique, en deux grands groupes :

A. *Un groupe d'entités morbides vraies renfermant* :

1° *Les dermatoses traumatiques* dépendant de l'action directe sur les téguments d'un corps vulnérant quelconque, que cette action soit *mécanique* comme dans les blessures, *physique* comme dans l'action du vent, du froid ou du chaud, *chimique* comme dans l'action des teintures, des diverses substances nocives que l'on manie, etc... Ce sont les *dermatoses de cause externe*, et cette grande division a été établie depuis fort longtemps déjà par les dermatologistes, en particulier par l'illustre Bazin;

2° *Les dermatoses par ingestion de substances nuisibles*, que ce soient des aliments ou des médicaments : elles correspondent aux éruptions pathogénétiques ou artificielles de cause interne de Bazin;

3° *Les dermatoses causées par les parasites animaux;*

4° *Les dermatoses causées par les parasites végétaux;*

5° *Les dermatoses causées par les microbes connus ;* elles se divisent tout naturellement en deux grands groupes, selon que les microbes pathogènes sont hautement spécifiques comme ceux de la lèpre, de la tuberculose, de la morve, de la pustule maligne, du chancre simple, etc..., selon qu'ils sont des saprophytes qui deviennent pathogènes sous certaines influences connues ou inconnues, comme les staphylocoques, les streptocoques, etc.;

6° Les dermatoses dont on ne connaît pas encore l'agent infectieux, mais qui ont de telles allures cliniques qu'il est permis dès maintenant de les considérer comme des entités morbides bien définies, contagieuses et inoculables, telles sont la vaccine, la variole, les fièvres éruptives, les verrues, etc.

Ces six grandes classes de dermatoses sont parfaitement bien définies ; elles semblent reposer sur des bases inébranlables; elles ont une étiologie et une pathogénie précises : elles paraissent exister pour ainsi dire en dehors du malade lui-même. Elles ne comprennent que des *entités morbides vraies*.

B. Un groupe considérable de dermatoses qui nous semble correspondre à des *états morbides provenant du malade lui-même* ou qui peuvent tout au moins être considérées ainsi, *provisoirement, dans l'état actuel de la science*, en attendant que des découvertes ultérieures permettent de préciser dans ce caput mortuum des entités morbides vraies.

Elles renferment la plupart des affections cutanées décrites actuellement par les auteurs sous le nom d'inflammations de la peau (urticaires, érythèmes, eczémas, lichens, psoriasis); les dermatoneuroses, les éruptions dites réflexes; les difformités cutanées, congénitales et acquises ; la plupart des tumeurs cutanées[1].

Avant d'aborder l'étude de la pathogénie de chacun de ces groupes de dermatoses, il est bon pour éviter des malentendus d'établir en quelques mots ce que nous entendons par *prédisposition morbide*.

[1] Voir la discussion de ces groupes et la démonstration de leur peu de légitimité dans notre mémoire sur la conception générale des dermatoses. (*Annales de Dermatologie*, avril 1904.)

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE GÉNÉRALES DES DERMATOSES

La peau peut présenter des lésions de nature fort diverse.

Pour les grouper d'une manière logique, il convient de s'appuyer sur leur étiologie et leur pathogénie, c'est-à-dire sur leur nature réelle, primordiale. Il ne peut pas y avoir de discussion sur la légitimité de ce principe. Malheureusement on se heurte à de grandes difficultés quand on veut l'appliquer à l'étude des affections cutanées.

Les recherches modernes nous permettent de distinguer deux grandes classes de maladies :

1° La première comprend les effets exercés sur l'organisme par les agents pathogènes divers venant du dehors, agents traumatiques, toxiques, parasitaires, microbiens, lesquels agissent par eux-mêmes ou par leurs toxines. *Voilà des entités morbides vraies*, nettement définies, bien différenciées, ayant une existence autonome, en quelque sorte indépendantes du malade qui les subit.

Certes les manifestations morbides auxquelles elles donnent lieu peuvent bien varier d'aspect dans une certaine mesure suivant le mode de réaction morbide du sujet atteint, suivant les localisations qu'elles affectent, suivant qu'elles sont pures ou qu'elles s'associent à d'autres causes morbifiques, mais en réalité on peut presque toujours reconnaître leur nature d'après les effets qu'elles produisent : elles impriment aux symptômes qui en décèlent l'existence des caractères tels qu'on peut, d'après leur analyse minutieuse, en diagnostiquer la cause première.

2° La deuxième comprend, au contraire, des états morbides qui proviennent du malade lui-même, qui sont le résultat de la viciation progressive de ses tissus, de ses organes, des auto-intoxications qui se produisent peu à peu chez lui par accumulation dans son organisme de produits divers mal élaborés, mal éliminés, grâce à un mauvais fonctionnement du foie, de la rate, du tube digestif, du filtre rénal, de diverses glandes et de divers organes (capsules surrénales, glande pinéale, corps thyroïde, ovaires, testicules, etc..., etc...), dont on commence à peine à soupçonner le rôle et l'importance dans l'équilibre normal de l'organisme. Il faut y ajouter tout un ensemble de qualités, ou pour mieux dire de prédispositions morbides que le sujet apporte en naissant, qui lui viennent de ses ascendants, qu'il développe ou qu'il modifie dans la suite par la manière dont il se conduit dans la vie.

Nous ne sommes plus ici en présence de quelque chose de précis, de net, comme la gale ou la trichophytie ; il n'y a plus d'entités morbides bien définies, mais un ensemble de causes pathogènes des plus multiples, des plus difficiles à démêler, qui tiennent à l'individu lui-même, qui varient suivant les individualités, et qui vont se manifester par des symptômes dont l'aspect dépendra surtout de la manière dont cet organisme va réagir morbifiquement : ces symptômes sont donc en grande partie [1], sinon en totalité, des réactions morbides individuelles.

Certes, dans beaucoup de cas, les symptômes morbides observés dépendent de la

[1] L'analyse des éruptions médicamenteuses (voir plus loin) fera comprendre cette restriction.

combinaison, de l'intrication des deux grandes classes de maladies que nous venons d'esquisser (et c'est là un fait clinique capital sur lequel nous ne saurions trop insister) ; mais enfin il est possible de les distinguer et on doit les décrire à part.

Si nous appliquons ces principes généraux aux dermatoses, nous voyons qu'elles se divisent, au point de vue étiologique, en deux grands groupes :

A. *Un groupe d'entités morbides vraies renfermant* :

1° *Les dermatoses traumatiques* dépendant de l'action directe sur les téguments d'un corps vulnérant quelconque, que cette action soit *mécanique* comme dans les blessures, *physique* comme dans l'action du vent, du froid ou du chaud, *chimique* comme dans l'action des teintures, des diverses substances nocives que l'on manie, etc... Ce sont les *dermatoses de cause externe*, et cette grande division a été établie depuis fort longtemps déjà par les dermatologistes, en particulier par l'illustre Bazin;

2° *Les dermatoses par ingestion de substances nuisibles*, que ce soient des aliments ou des médicaments : elles correspondent aux éruptions pathogénétiques ou artificielles de cause interne de Bazin;

3° *Les dermatoses causées par les parasites animaux;*

4° *Les dermatoses causées par les parasites végétaux;*

5° *Les dermatoses causées par les microbes connus ;* elles se divisent tout naturellement en deux grands groupes, selon que les microbes pathogènes sont hautement spécifiques comme ceux de la lèpre, de la tuberculose, de la morve, de la pustule maligne, du chancre simple, etc..., selon qu'ils sont des saprophytes qui deviennent pathogènes sous certaines influences connues ou inconnues, comme les staphylocoques, les streptocoques, etc.;

6° Les dermatoses dont on ne connaît pas encore l'agent infectieux, mais qui ont de telles allures cliniques qu'il est permis dès maintenant de les considérer comme des entités morbides bien définies, contagieuses et inoculables, telles sont la vaccine, la variole, les fièvres éruptives, les verrues, etc.

Ces six grandes classes de dermatoses sont parfaitement bien définies ; elles semblent reposer sur des bases inébranlables; elles ont une étiologie et une pathogénie précises : elles paraissent exister pour ainsi dire en dehors du malade lui-même. Elles ne comprennent que des *entités morbides vraies*.

B. Un groupe considérable de dermatoses qui nous semble correspondre à des *états morbides provenant du malade lui-même* ou qui peuvent tout au moins être considérées ainsi, *provisoirement, dans l'état actuel de la science*, en attendant que des découvertes ultérieures permettent de préciser dans ce caput mortuum des entités morbides vraies.

Elles renferment la plupart des affections cutanées décrites actuellement par les auteurs sous le nom d'inflammations de la peau (urticaires, érythèmes, eczémas, lichens, psoriasis); les dermatoneuroses, les éruptions dites réflexes; les difformités cutanées, congénitales et acquises ; la plupart des tumeurs cutanées[1].

Avant d'aborder l'étude de la pathogénie de chacun de ces groupes de dermatoses, il est bon pour éviter des malentendus d'établir en quelques mots ce que nous entendons par *prédisposition morbide*.

[1] Voir la discussion de ces groupes et la démonstration de leur peu de légitimité dans notre mémoire sur la conception générale des dermatoses. (*Annales de Dermatologie*, avril 1904.)

DE LA PRÉDISPOSITION MORBIDE

Nous n'avons pas l'intention, dans un livre aussi spécial que celui-ci, de traiter à fond la question si complexe du *terrain* ou de la *prédisposition morbide*. Nous renvoyons, pour de plus amples explications, aux ouvrages de Pathologie générale. Mais nous croyons devoir en donner quand même un court aperçu en l'appliquant plus particulièrement aux dermatoses.

La *prédisposition morbide* de chaque individu est constituée par un ensemble de conditions multiples, des plus complexes, qui se combinent chez lui à doses diverses, de façon à établir son individualité morbide. Les unes sont héréditaires, les autres acquises.

A. — Prédispositions héréditaires

Chaque enfant reçoit de ses parents un certain nombre de qualités positives ou de tares dont son organisme est fortement imprégné, et qui s'exalteront ou s'atténueront dans la suite suivant le mode d'existence qu'il suivra. C'est déjà d'une extrême complexité.

Il y a d'abord des *prédispositions générales tenant à la race* : c'est ainsi qu'au point de vue cutané certaines races sont prédisposées à l'acné, à la séborrhée, au psoriasis. Il est de notion vulgaire que les Israélites sont atteints, avec une extrême fréquence, de psoriasis et de parakératoses psoriasiformes, et que ces affections sont chez eux extraordinairement rebelles.

Il y a des *prédispositions qui tiennent aux familles* : on retrouve chez leurs divers membres de la tendance à la xérodermie, à l'ichthyose, à la kératose pilaire, à la dyshidrose, à la pelade, etc.

Le père et la mère, d'après l'âge auquel ils conçoivent l'enfant, d'après leur état de santé ou de maladie au moment de cette conception, d'après l'état de santé de la mère, d'après son mode d'existence, son alimentation, ses préoccupations, ses secousses morales pendant la gestation, impriment à l'organisme de l'enfant des modifications spéciales qui persisteront avec plus ou moins d'intensité pendant les diverses périodes de son existence.

On connaît l'influence sur l'état physique, intellectuel et moral du produit de la conception, de l'état de syphilis, de tuberculose, de goutte, d'alcoolisme, d'intoxication chronique quelconque des parents ; mais on n'a pas encore suffisamment étudié l'influence qu'exercent sur lui l'alimentation défectueuse, le caféisme, la vie dans les locaux malsains, dans les grandes villes, et surtout le surmenage physique et moral du père et de la mère.

On est souvent interrogé sur les causes possibles d'un prurit infantile avec toutes ses conséquences objectives, urticaire chronique, prurigo simplex, prurigo de Hebra, eczéma vrai, eczéma lichénifié, lichénification, séborrhéides surajoutées, pyodermites, etc..., toutes lésions qui paraissent au premier abord inexplicables, parce que les ascendants n'ont jamais eu de dermatoses, parce que des frères ou des sœurs plus âgés et plus jeunes que le petit malade, n'ont, eux aussi, jamais eu de manifestations cutanées[1]. Si l'on se donne la peine dans ces cas d'ouvrir une

[1] Nous laissons en effet volontairement de côté les cas beaucoup plus simples dans lesquels les

enquête, on finit presque toujours par découvrir qu'au moment où elle était enceinte de l'enfant malade, la mère a changé d'existence, a habité une grande ville ou une localité malsaine, ou mieux encore a subi de violentes émotions. Et, en effet, nous ne saurions trop le répéter, l'émotivité des parents, les secousses nerveuses qu'ils subissent, influent de la manière la plus fâcheuse sur les prédispositions de l'enfant[1].

D'ailleurs, le faisceau de prédispositions qu'il reçoit de sa famille est toujours une résultante d'actions pathogéniques extrêmement complexes, dosées de façons éminemment variables, de telle sorte que chaque rejeton de la même souche, tout en ayant ce que l'on appelle un air de famille, a son individualité distincte.

Les prédispositions héréditaires de chaque enfant varient, en effet, selon l'état particulier dans lequel les parents se sont trouvés au moment de sa conception. Plus leur organisme a été imprégné de produits toxiques ou excrémentitiels, à la suite de fautes d'hygiène ou d'affections soit organiques, soit accidentelles; plus il a été altéré par l'évolution physiologique et morbide, plus l'hérédité pathologique est chargée.

Précisons pour mieux faire comprendre notre pensée. On sait que les enfants d'un sujet syphilitique sont d'autant moins infectés de cette affection qu'ils sont conçus à une époque plus éloignée de l'accident primitif paternel; on sait aussi qu'ils ont d'autant plus de chances d'échapper à cette hérédité que les parents ont été mieux traités avant et pendant la conception, puis pendant la gestation. On sait, d'autre part, que les enfants des goutteux sont d'autant plus imprégnés d'hérédité goutteuse qu'ils sont engendrés à des phases plus accentuées de la maladie de leurs parents, de telle sorte que dans les familles de goutteux, ce sont d'ordinaire les plus jeunes qui sont de beaucoup les plus atteints de la tare héréditaire. Il est vrai de dire que cette loi reconnaît de fort nombreuses exceptions apparentes, car il faut ici tenir compte dans une large mesure : 1° de l'action d'un traitement efficace hygiénique ou médicamenteux fait par intermittences ou d'une manière continue; 2° des périodes de crises aiguës, ou d'état chronique, ou d'accalmies que peut traverser l'ascendant.

Cela posé, prenons une famille à la fois syphilitique et goutteuse, et apprécions dans la mesure du possible les effets produits sur les enfants par le mélange des deux éléments pathologiques principaux des parents. Nous voyons que, dans la majorité des cas, et, sauf les exceptions que nous venons de mentionner, l'influence de la syphilis va en s'atténuant, celle de la goutte va au contraire en augmentant à mesure que le père et la mère avancent en âge; on conçoit donc que les enfants successifs doivent hériter de leurs parents de prédispositions morbides différentes.

Or nous avons supposé un cas tellement simple qu'il ne se réalise pour ainsi dire jamais en pratique. Les influences pathologiques héréditaires sont bien autrement multiples. Ce sont, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, l'alcoolisme, le caféisme, les intoxications diverses, la mauvaise hygiène, l'impaludisme,

parents sont prédisposés aux dermatoses, et même ceux dans lesquels, grâce à une infection telle que la syphilis, la goutte, grâce à une intoxication telle que le caféisme, l'alcoolisme, tous les enfants présentent à des degrés variables une tendance aux éruptions prurigineuses.

[1] Un enfant né dans ces conditions ne doit pas être nourri par une nourrice impressionnable; par suite la mère ne doit pas l'allaiter, si, après avoir eu son système nerveux ébranlé pendant la grossesse, elle garde son émotivité après la délivrance. Une secousse nerveuse violemment ressentie par la nourrice donnera à cet enfant une nouvelle crise de prurit, par suite, une nouvelle poussée éruptive. C'est un fait d'observation que nous avons maintes fois vérifié dans la clientèle de ville.

l'action néfaste des maladies intercurrentes accidentelles, celle des lésions d'organes, les affections nerveuses, etc..., qui viennent compliquer le tableau, qui diffèrent pour chaque imprégnation, pour chaque grossesse, et qui font varier dans des proportions réellement fort notables les prédispositions morbides des rejetons.

On se tromperait lourdement en traitant les considérations précédentes de conceptions purement théoriques. Si l'on veut prendre la peine d'analyser avec quelque minutie, guidé par les idées que nous venons d'émettre, les hérédités pathologiques des enfants atteints d'affections cutanées, et surtout de prurit, on trouvera pour ainsi dire toujours chez les ascendants une mauvaise hygiène, une alimentation défectueuse, l'alcoolisme ou le caféisme, l'arthritisme tel qu'on le conçoit en France, la nervosité, et assez fréquemment la tuberculose ou la syphilis. Ce sont ces métissages héréditaires qui président dans la majorité des cas à la genèse des dermatoses prurigineuses infantiles : elles préparent le terrain, et presque toujours des fautes d'alimentation interviennent ensuite pour déterminer l'éruption.

Quelle que soit la nature de l'ensemble de ces influences héréditaires qui constituent le terrain ou l'individualité morbide, tout sujet hérite donc d'une disposition générale de l'organisme qui fait qu'il est plus ou moins apte que d'autres à contracter certaines affections accidentelles parasitaires, ou à voir se développer peu à peu chez lui certaines lésions organiques ou certains états morbides. C'est à cette disposition générale que les vieux médecins français avaient donné le nom de *Diathèse*. Elle reste latente ou se manifeste d'une manière tangible suivant que les causes occasionnelles ou déterminantes auxquelles est soumis le sujet sont favorables ou non à la production de diverses expressions morbides.

Bien que nous n'ayons pas dans cet ouvrage à discuter le bien ou le mal fondé des théories diathésiques, nous devons cependant faire connaître la signification qu'a pour nous le terme abréviatif de diathèse. Certes nous ne voulons pas dire que l'on doive en revenir aux idées de Bazin sur la scrofule, l'arthritisme, l'herpétisme, etc... ; nous ne les admettons pas. Mais ce qui est certain, c'est que les enfants peuvent hériter de cet état particulier qui, dans leur jeunesse, leur donne un facies spécial, bouffi, pâle, qui les prédispose aux coryzas chroniques, aux hypertrophies amygdaliennes, aux végétations adénoïdes et à leurs conséquences, à l'hypertrophie de la lèvre supérieure, aux engelures, à l'acroasphyxie, aux adénopathies, à l'otorrhée, aux conjonctivites, aux kératites phlycténulaires, aux pyodermites, à l'impétiginisation des dermatoses, à l'infection tuberculeuse, etc..., c'est ce que nous appelons *la prédisposition lymphatique ou encore le tempérament lymphatique ou scrofuleux*.

Ils peuvent aussi hériter d'une tendance particulière à avoir de l'asthme, de la lithiase biliaire ou rénale, des migraines, des viscéralgies, de la goutte, des éruptions à type d'eczéma et ayant un aspect spécial, etc..., c'est ce que nous appelons d'une manière générale la *prédisposition arthritique*[1] : ce groupe se rattache aux

[1] Pour beaucoup d'auteurs, les termes « arthritisme », « arthritique » n'ont aucune signification : ou bien ils signifient un état tellement banal que l'on ne doit pas s'en occuper, ou bien ils sont tellement imprécis qu'il vaut mieux ne jamais s'en servir. Nous ne tenons pas aux mots, mais aux faits. Nier l'existence des prédispositions morbides que nous désignons par le mot commode et abréviatif d'arthritisme est contraire à l'observation ; déclarer que ces prédispositions existent chez presque tous les Français, ne saurait être une raison valable pour soutenir qu'elles sont négligeables ; affirmer que ces prédispositions sont encore imprécises, c'est émettre une

maladies par ralentissement de la nutrition du professeur Bouchard. Dans ces dernières années on a voulu établir deux grandes divisions parmi les malades si nombreux qu'il renferme suivant qu'ils présentent de l'hyperacidité ou de l'hypoacidité dans les urines rendues le matin au réveil.

Les enfants peuvent aussi hériter d'une tendance marquée à offrir dans leur organisme des lieux de moindre résistance au point de vue morbide ; ces lieux de moindre résistance existent soit au niveau de certains organes, soit au niveau de certains appareils. Quand c'est la peau qui est le point faible, ils peuvent n'avoir reçu de leurs parents qu'une tendance générale à réagir au point de vue morbide sous l'aspect de dermatoses variables, et c'est pour ces prédispositions particulières, dont la clinique nous démontre l'incontestable réalité, que l'on avait autrefois créé le mot d'*herpétisme*. Les hérédités nerveuses qui jouent un si grand rôle dans la pathologie de la société moderne et dans la genèse de certaines dermatoses rentrent dans cette catégorie de faits.

D'ailleurs ces prédispositions lymphatiques, arthritiques (?), herpétiques (?), peuvent se mélanger à doses variables chez un sujet donné. Tous les métissages sont possibles à ce point de vue. On voit par exemple l'hérédité nerveuse se superposer souvent à l'hérédité dite en France arthritique :

Chaque individu porte donc en lui-même, en naissant, tout un faisceau de prédispositions qui constituent son individualité morbide. Il en résulte un état spécial qui lui est propre, et grâce auquel il réagit d'une manière particulière quand des causes morbifiques exercent sur lui leur action. C'est à cet état, que nous ne pouvons pas définir d'une manière plus précise dans l'état actuel de la science, que l'on a donné le nom d'*idiosyncrasie*. Grâce à lui, un individu donné pourra prendre impunément du bromure par exemple, alors qu'un autre verra se développer chez lui sous l'influence du même médicament des éruptions nodulaires considérables.

B. — Prédispositions acquises

Cette *idiosyncrasie* peut rester immuable pendant toute la durée de l'existence : il est beaucoup plus fréquent de la voir se modifier chez un même sujet suivant les diverses phases de sa vie.

Les prédispositions morbides d'une personne donnée ne lui viennent pas toujours de ses parents ; certes l'hérédité joue un rôle considérable dans la constitution du terrain individuel, mais les *états acquis* par le sujet ont, eux aussi, une importance capitale.

Par une bonne ou une mauvaise hygiène générale, par la vie au grand air ou dans une grande ville, par l'équilibre pondéré de l'existence ou par le surmenage de travail ou de plaisirs, par l'alimentation rationnelle ou défectueuse comme qualité ou comme quantité [1], par l'absence d'accidents et d'infections, ou par des traumatismes, par des maladies intercurrentes, par des lésions d'organes (système nerveux, génito-urinaire, gastro-intestinal), par le diabète, par l'albuminurie, par des

triste vérité que nous sommes les premiers à proclamer en invitant les travailleurs à s'efforcer de faire cesser le plus rapidement possible cette imprécision.

Si les termes choquent trop, qu'on les change ! mais que l'on ne nie pas les faits pour en reconnaître ensuite implicitement l'existence.

[1] Voir les travaux de Pascault : de l'*Arthritisme par suralimentation*. — Ceux de Combe, de Marfan, etc... sur l'*Auto-intoxication intestinale*.

infections surajoutées telles que la syphilis, la tuberculose, la lèpre, etc., on peut modifier en bien ou aggraver les prédispositions héréditaires ; on peut créer de toutes pièces de nouvelles prédispositions morbides qui se superposent aux anciennes ou qui les remplacent ; on peut, en somme, dans une certaine mesure modifier son terrain.

Un sujet donné a fréquemment, pour ne pas dire constamment, un organe ou une région de son organisme qui semble être par rapport au reste de l'économie en état d'infériorité de résistance, et, pendant tout le temps que cet organe est en état d'infériorité, c'est sur lui que se localisent les diverses manifestations morbides du sujet. Cette théorie du *locus minoris resistentiæ de l'organisme* est des plus anciennes : elle est profondément vraie, et elle explique beaucoup de faits qui paraissent surprenants au premier abord.

Nombre de causes occasionnelles peuvent créer ce locus minoris resistentiæ. Une mauvaise hygiène alimentaire met l'estomac ou l'intestin en état de moindre résistance ; l'alcoolisme frappe le foie ; les surmenages ou les émotions violentes, le système nerveux ; une infection microbienne agit dans le même sens sur l'organe qu'elle atteint : les traumatismes directs jouent également à ce point de vue un rôle de la plus haute importance.

Voici par exemple un fait clinique d'observation journalière : un goutteux nerveux, sujet à des crises de dyspepsie, à des douleurs vers le gros orteil, à des migraines, etc..., est vivement engagé par son médecin à faire de la vie physique. Sans rien changer à son régime alimentaire, à ses préoccupations et à son surmenage nerveux, il fait du sport, sort au grand air par tous les temps, fait de la bicyclette, du cheval, de l'automobile en protégeant insuffisamment sa figure. Sous l'influence des moindres causes occasionnelles, il voit alors survenir chez lui des poussées érythémateuses, œdémateuses, et vésiculeuses de la face, du type dit eczéma érysipélatoïde récidivant, et il ne souffre plus ni de son pied, ni de son estomac, ni de ses migraines. Mais, par contre, le moindre écart de régime, la moindre émotion, le contact d'un air trop vif lui donnent désormais une nouvelle poussée d'éruption faciale. Les petits traumatismes répétés subis par la peau du visage soumis d'une manière immodérée à l'action des agents atmosphériques ont peu à peu déterminé chez lui, à la face, un locus minoris resistentiæ ; dès lors les manifestations morbides ont changé de localisation et d'aspect : elles ont pris la forme de poussées congestives du côté du visage.

Il est de notion vulgaire qu'un traumatisme violent subi par une articulation localise chez un rhumatisant sur cette articulation les manifestations rhumatismales, etc... Nous n'insisterons pas plus longuement sur ce point.

Le terrain se modifie d'ailleurs fort souvent, en dehors de toute influence morbide, par l'évolution seule de l'organisme pendant les diverses phases de la vie.

Pour que l'état de santé existe chez un individu, il faut que les recettes et que les dépenses s'équilibrent chez lui, et par dépenses nous entendons :

1° Ce qui est nécessaire pour maintenir l'équilibre de la constitution, fournir à son accroissement si le sujet est en état de développement, subvenir aux dépenses de forces qu'il peut faire, à son travail cérébral ou physique ;

2° Les diverses éliminations intestinales, rénales, pulmonaires, cutanées (sudorales, sébacées, épidermiques, etc.).

D'autre part, dans son régime alimentaire, il faut tenir compte, comme nous le verrons plus loin :

1° De la nature des aliments ingérés ;

2° De la quantité de ces aliments ;

3° Des facultés assimilatrices du sujet ;

4° De ses facultés éliminatrices ;

5° De ses conditions d'existence, qui peuvent varier, et qui dès lors font varier les conditions de l'alimentation ;

6° Des susceptibilités individuelles.

Soit donc que l'alimentation pèche par excès, par défaut, par mauvaise qualité des ingesta, par leur non-adaptation au milieu et au climat dans lequel est le sujet, soit que ces aliments soient mal digérés ou mal absorbés et surtout mal élaborés dans l'organisme, soit que les diverses fonctions excrétoires soient viciées dans leur fonctionnement, il s'accumule progressivement dans le système général divers produits excrémentitiels plus ou moins toxiques qui peu à peu impriment à l'organisme un cachet particulier de déchéance vitale et de vulnérabilité morbide. Or, d'après ce que nous savons des éruptions médicamenteuses, il n'est pas illogique de croire que ces substances nuisibles interviennent pour une part dans la pathogénie de certaines dermatoses [1].

L'observation clinique rigoureuse, poursuivie pendant longtemps dans les familles, nous apprend que chez un goutteux avéré, depuis longtemps sujet à des crises d'asthme, de gravelle ou de goutte articulaire, les manifestations morbides peuvent changer d'aspect et prendre la forme de poussées aiguës érysipélatoïdes du côté des téguments, ou de manifestations prurigineuses et lichénoïdes rebelles. Inversement, chez ces sujets la disparition brusque d'une dermatose ancienne peut être suivie de la production d'accidents viscéraux.

Ce serait donc ici le cas d'invoquer, comme le faisaient les anciens, l'existence dans l'organisme d'une sorte de *matière peccante*, ou d'une *force morbide* qui ferait porter son action sur le point faible de l'organisme, point faible qui varie suivant les constitutions, suivant les idiosyncrasies, suivant les modifications que l'organisme subit à mesure que l'on avance en âge, etc.; et la mise en action de cet élément nuisible, les conditions provocatrices de la crise morbide, semblent d'autre part dépendre de conditions multiples dont les principales sont les saisons, le climat, la température, la pression barométrique, les diverses circonstances occasionnelles, excès alimentaires ou sexuels, surmenage physique ou cérébral, traumatisme, violentes émotions, affections aiguës intercurrentes, etc., toutes conditions passagères qui peuvent modifier l'équilibre général de l'organisme, le mettre en état de vulnérabilité morbide, et être ainsi la cause occasionnelle de l'apparition d'une dermatose d'origine interne, ou de l'infection de l'économie par un microbe pathogène.

En somme, les prédispositions acquises se greffent sur les prédispositions héréditaires, les modifient, les renforcent, les atténuent, ou les transforment de manière à constituer par cet ensemble le terrain ou l'individualité morbide du sujet, individualité qui varie éminemment, comme nous l'avons vu, suivant les races, les familles, les individus, suivant les phases de l'existence chez le même individu.

La constitution du terrain dépend donc :

1° Des aptitudes héréditaires que chaque individu apporte en naissant et qui tiennent à sa race, aux influences pathologiques subies par tous ses ascendants,

[1] Voir Brocq et Ayrignac. *Etude des Echanges nutritifs dans quelques dermatoses*. Congrès de Berlin, 1904.

à leur habitat, à leur mode de vie, à leur état pathologique et moral au moment de la conception et pendant la gestation ;

2° Du milieu dans lequel le sujet a vécu comme séjour et comme entourage ;

3° De son alimentation ;

4° De son hygiène générale ;

5° Des traumatismes qu'il a subis, des affections accidentelles auxquelles il a été soumis, etc.

MISE EN JEU DE L'INDIVIDUALITÉ MORBIDE
ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE CUTANÉE

Ce qui précède nous permet de comprendre que chaque sujet ait son individualité propre, et qu'il doive se comporter en présence d'une cause morbifique donnée d'une manière qui lui est spéciale, d'où le vieil axiome des cliniciens : « Il n'y a pas de maladies, il y a des malades », axiome parfaitement faux du reste si on veut le prendre à la lettre, profondément vrai, au contraire, si on le comprend comme nous venons de le dire.

Mais l'individualité du sujet s'exprime de manières bien différentes suivant la nature des causes morbides qui agissent sur lui. Nous allons rapidement les passer en revue :

Premier grand groupe de dermatoses

Entités morbides vraies.

I. **Éruptions artificielles**. — Les éruptions artificielles proprement dites se divisent en deux groupes :

A. *Les éruptions artificielles d'origine externe* ou *traumatiques* résultant de l'action directe d'un agent vulnérant quelconque sur la peau (voir L. Török : « quelles sont les modifications cutanées que peut produire l'irritation mécanique de la peau ? » *Pester méd. chir.*, nos 36 et 37, 1903).

B. *Les éruptions artificielles d'origine interne* ou *toxiques* résultant de l'action sur tout l'organisme et en particulier sur les téguments d'une substance ingérée quelconque.

Les éruptions d'origine externe ou *traumatiques* peuvent être subdivisées d'après la nature des agents qui les produisent en :

a) *Lésions causées par des agents purement mécaniques* qui traumatisent les téguments : elles sont fort peu importantes, et doivent être plutôt considérées comme de simples blessures de la peau relevant de la pathologie externe que comme de véritables éruptions. L'individualité du sujet n'y joue qu'un rôle des plus effacés.

b) *Lésions causées par les agents atmosphériques*, vent, soleil, froid, etc..., qui, d'après les susceptibilités individuelles, constituent parfois de véritables éruptions pathognomoniques comme l'hydroa vacciniforme, et parfois donnent naissance à des lésions d'ordre banal.

c) *Lésions causées par des agents éminemment variables de nature*, pouvant jouer à la fois le rôle multiple d'irritants mécaniques, chimiques, souvent même

toxiques, comme dans les éruptions si fréquentes qui reconnaissent pour cause déterminante : α) les *professions* dans lesquelles on manipule des substances irritantes ; β) les *applications médicamenteuses ;* γ) les *vêtements irritants* grâce aux teintures dont ils ont été imprégnés, ou à leur tissu même ; δ) le *manque de soins*, d'hygiène, de propreté, etc...

A. Pathogénie des éruptions artificielles d'origine externe. — Rien de plus simple en apparence que la pathogénie de la lésion cutanée dans ce groupe de faits. L'agent vulnérant exerce directement son action destructive ou irritante sur les téguments. Les susceptibilités individuelles interviennent bien dans une certaine mesure, mais il convient à cet égard d'établir quelques distinctions.

Quand il s'agit d'agents vulnérants de haute intensité, tels que les corps contondants, piquants, ou coupants, tels que le feu et le froid vif, tels que les acides et les bases violentes à l'état pur, etc..., il est bien certain que les idiosyncrasies individuelles ne peuvent jouer qu'un rôle nul ou presque nul au point de vue de la production même de la lésion cutanée : elles n'entrent en jeu que pour la facilité et la rapidité de la réparation des lésions.

Il n'en est pas de même quand il s'agit d'agents vulnérants de moindre brutalité, tels que les agents atmosphériques ordinaires, vent, soleil, etc..., tels que les substances que l'on manie dans beaucoup de professions manuelles, chirurgiens, cimentiers, plâtriers, maçons, boulangers, épiciers, blanchisseuses, teinturiers, mégissiers, etc... etc..., tels que les plantes diverses à l'état frais, les vêtements teints, les médicaments, etc..., ici au contraire les susceptibilités individuelles jouent un rôle des plus importants, pour ainsi dire prépondérant. Tel individu ne pourra pas, sans voir se produire des éruptions diverses, toucher à des substances que d'autres personnes manieront sans inconvénient pendant toute leur vie ; tel autre s'en servira impunément pendant quelque temps; puis, sous l'influence d'écarts de régime, ou de modifications encore mal définies subies par son organisme, il ne pourra plus les toucher sans voir survenir des éruptions qui, par leurs incessantes récidives, lui rendront impossible l'exercice de sa profession.

Il est enfin possible que certaines substances (et ce sont dans ce cas presque toujours des médicaments employés comme topiques) agissent directement sur la région où ils sont appliqués en provoquant une éruption par action locale, mais qu'en outre ils soient absorbés par les téguments, pénètrent dans l'économie, provoquent une intoxication générale, et par suite des éruptions d'ordre toxique, disséminées en des régions qui n'ont nullement subi l'action directe de la substance nocive.

Les préparations hydrargyriques, iodoformées, salolées, orthoformées, etc..., donnent souvent lieu à ces doubles éruptions à la fois par irritation locale, et par toxémie générale. Ces faits constituent des formes hybrides entre la classe que nous étudions et la suivante.

L'action nuisible des agents irritants externes sur les téguments ne se borne pas toujours à déterminer des éruptions dépendant exclusivement de leur action directe sur les tissus ; bien souvent ils provoquent en outre chez des personness prédisposées à certaines dermatoses, une explosion de la maladie cutanée d'origine interne à laquelle ils sont sujets. Ils ne jouent donc pas toujours le rôle de cause efficiente totale, mais simplement celui de cause occasionnelle ou provocatrice. Ils sont, comme on l'a si souvent répété, le doigt qui fait partir la détente.

Pour arriver à concevoir d'une manière complète et précise la pathogénie des

éruptions causées par les agents irritants externes, il faut donc tenir compte d'une foule de circonstances dont les principales sont : 1° l'action directe du corps vulnérant sur les téguments ; 2° l'introduction dans l'organisme par le point lésé de substances toxiques qui agissent dès lors sur l'économie tout entière, et peuvent donner naissance à des éruptions d'ordre toxique ; 3° la vulnérabilité du sujet au moment précis où se fait le traumatisme ; 4° la prédisposition du sujet à telle ou telle dermatose, prédisposition qui peut être mise en œuvre par le traumatisme subi.

B. Pathogénie des éruptions artificielles d'origine interne. — Toutes ces conditions pathogéniques si variables suivant les individus prennent une importance encore plus capitale quand on étudie les *Éruptions artificielles d'origine interne ou toxiques*.

Les véritables[1] éruptions artificielles de cause interne peuvent être divisées d'après leur étiologie en deux groupes principaux qui sont :

a) Les *éruptions dites alimentaires*, provoquées par des aliments avariés ou simplement nuisibles pour une personne donnée, alors que d'autres sujets en font un usage journalier sans le moindre inconvénient ; parmi ces aliments, citons les fraises, les moules, les huîtres, le thon mariné, les poissons conservés, les fromages fermentés, etc...

b) Les *éruptions dites médicamenteuses*, que peuvent provoquer de très nombreux médicaments, et surtout tous ces produits nouveaux dont la chimie ne cesse d'encombrer la matière médicale.

Le mécanisme qui préside à la production de ces éruptions a été fort discuté : il est probable qu'il peut être multiple, mais que le plus souvent la dermatose dépend de phénomènes d'ordre réflexe ; la substance toxique agit sur le système nerveux central ou périphérique après sa pénétration dans la circulation générale, ou bien elle provoque un réflexe qui part de la muqueuse stomacale et intestinale, et s'exerce dès son introduction dans le tube digestif, ou bien encore elle agit directement sur les téguments et sur les glandes de la peau, comme cela semble se produire pour certaines éruptions iodiques.

Mais si nous laissons de côté ces spéculations théoriques qui ne peuvent encore avoir de sanction précise, et si nous étudions simplement les faits cliniques, nous voyons que l'analyse de ces éruptions médicamenteuses est féconde en enseignements de premier ordre pour la conception générale des dermatoses.

Voici sept malades auxquels nous allons donner une même dose d'une seule et même substance, deux grammes d'iodure de potassium. Le premier supporte merveilleusement bien le médicament ; il ressent simplement dans la bouche le goût caractéristique de l'iodure, et il le garde toute la journée, preuve qu'il l'a bien absorbé. Le deuxième est pris de mal de gorge, de coryza, de larmoiement, de

[1] Nous verrons plus loin que les microbes inoculés en un point des téguments peuvent par les toxines qu'ils sécrètent infecter l'économie tout entière et provoquer des éruptions d'origine interne et toxique. Ces mêmes microbes, introduits dans l'organisme par d'autres voies que la voie cutanée, peuvent également donner lieu à ces mêmes éruptions toxiques d'origine interne, telles sont les éruptions de la diphtérie, du choléra, de la fièvre typhoïde, de la grippe, etc... On doit ranger dans le même groupe, les éruptions de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, etc... bien que l'on ne connaisse encore que très imparfaitement les agents pathogènes de ces maladies. Ce ne sont là en réalité que des éruptions microbiennes qui rentrent dans la classe suivante, et que nous ne signalons ici que parce que leur pathogénie se rapproche singulièrement de celles que nous étudions en ce moment.

tuméfaction des paupières, de céphalée. Le troisième, dans les vingt-quatre ou dans les quarante-huit heures, est couvert d'acné iodo-potassique. Le quatrième présente du purpura sur les membres, et surtout sur les membres inférieurs. Le cinquième offre des éruptions nodulaires et tubéreuses d'un rouge vif, çà et là disséminées. Le sixième est atteint de cette forme si spéciale d'acné anthracoïde iodo-potassique qu'a décrite E. Besnier. Le septième est encore plus gravement frappé : on observe chez lui des éruptions successives de bulles avec végétations consécutives ayant l'aspect d'une sorte de pemphigus végétant. Et nous omettons encore d'autres manifestations cutanées possibles.

Ces faits d'observation, *qui sont au-dessus de toute discussion, puisque ce sont des faits*, nous prouvent que, suivant les susceptibilités individuelles, disons, si on le veut bien, suivant les idiosyncrasies, l'iodure de potassium peut être admirablement toléré, *qu'il peut donner naissance à des éruptions d'aspect banal* telles que l'érythème, l'urticaire, l'acné vulgaire, le purpura, *éruptions qui peuvent reconnaître pour cause déterminante de leur apparition beaucoup d'autres conditions étiologiques, qu'il peut aussi provoquer des éruptions d'un aspect assez spécial, dont la vue seule peut conduire à soupçonner l'ingestion de l'iodure de potassium, et qui sont, en quelque sorte, pathognomoniques de l'iodisme* : ce sont les nodosités érythémateuses, et surtout l'acné anthracoïde et l'iodisme bulleux végétant. Il semble donc que, dans cette dernière catégorie de faits, l'influence étiologique du médicament soit de la plus haute importance, puisqu'il imprime un aspect tout spécial, pathognomonique de sa présence, aux manifestations éruptives ; et cependant l'idiosyncrasie du sujet entre, elle aussi, fortement en jeu dans la production de ces dernières éruptions, puisque ceux qui présentent ces manifestations morbides sont fort peu nombreux comparativement au chiffre total de malades qui absorbent de l'iodure de potassium.

Or, ce que nous venons de dire à propos de cette substance s'observe aussi avec beaucoup d'autres médicaments. Le bromure de potassium, les préparations mercurielles, l'antipyrine, etc., peuvent donner lieu à des éruptions d'aspect banal ou pathognomonique de leur présence dans l'économie.

Si l'on administre à plusieurs malades un gramme d'antipyrine, la plupart de ceux qui absorbent ce médicament n'en éprouvent aucun inconvénient apparent ; d'autres sont presque immédiatement couverts de simples plaques érythémateuses de peu de durée ; d'autres ont des poussées d'urticaire ; d'autres des sortes d'œdèmes circonscrits ; d'autres des plaques érythémateuses et érythémato-bulleuses absolument analogues comme aspect aux éruptions dites érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux, d'autres des éruptions bizarres, quoique assez voisines des précédentes, nettement circonscrites, arrondies ou ovalaires, d'un rouge vif tournant assez rapidement au rouge bistre, laissant après elles un certain degré de pigmentation, sans localisations systématiques, c'est-à-dire ayant des localisations qui varient suivant les sujets, mais par contre récidivant toujours aux mêmes endroits de la manière la plus précise chez un même sujet à chaque nouvelle ingestion du médicament, chaque nouvelle poussée laissant, après disparition complète du processus inflammatoire, une pigmentation de plus en plus accentuée : ce sont nos éruptions érythémato-pigmentées *fixes* de l'antipyrine, éruptions à peu près pathognomoniques : nous disons *à peu près*, car des faits récents que nous venons d'observer nous portent à croire que d'autres substances encore mal connues, médicamenteuses ou alimentaires, peuvent provoquer l'apparition de lésions analogues chez des sujets prédisposés.

L'étude de cette deuxième série de faits met en évidence une particularité qui est, d'après nous, d'une importance considérable : c'est la notion de l'existence, à la surface des téguments, chez un sujet donné, de zones de moindre résistance disséminées çà et là, sans systématisation actuellement connue. C'est toujours aux mêmes points de la surface cutanée que se produit chez un sujet donné l'éruption érythémato-pigmentée fixe de l'antipyrine. Ces points constituent des lieux d'élection, c'est-à-dire de moindre résistance. Certaines de ces localisations s'observent fréquemment ; ce sont la paume des mains, les lèvres, les parties génitales chez l'homme ; mais les autres présentent une telle diversité suivant les individus que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut saisir la loi qui les gouverne.

Cette notion des loci minoris resistentiæ des téguments existant en dehors de tout traumatisme antérieur est des plus instructives ; on doit l'utiliser pour expliquer la pathogénie de certaines dermatoses nummulaires.

L'analyse des éruptions d'origine médicamenteuse nous montre donc avec la dernière évidence *qu'une seule et même cause morbide, agissant sur plusieurs sujets, peut provoquer des éruptions éminemment dissemblables suivant ces sujets*[1]. *Il semble que chaque sujet ait son mode spécial de* RÉACTION CUTANÉE *quand une cause donnée agit sur lui* : l'un ne présente aucun phénomène morbide, un autre réagit sous la forme objective de l'urticaire, un autre sous la forme objective de l'érythème, un autre par des éruptions pathognomoniques de la cause provocatrice, etc.

En effet, certaines substances médicamenteuses peuvent provoquer des éruptions tout à fait spéciales, absolument pathognomoniques, permettant à l'observateur de déclarer par leur seul aspect que le malade a ingéré tel ou tel produit; mais dans d'autres cas il n'en est pas ainsi, et *c'est l'idiosyncrasie* (c'est-à-dire les prédispositions morbides) *spéciale du sujet, et non le médicament, qui gouverne la forme éruptive.*

II. **Dermatoses parasitaires.** — Le groupe des affections parasitaires comprend deux classes principales : les affections causées par les parasites animaux, et les affections causées par les parasites végétaux.

A. *Les affections causées par les parasites animaux* sont des plus simples. Elles se divisent en :

a) *Dermatoses causées par des parasites vivant à la surface de l'épiderme,* tels que les puces, les punaises, les poux de diverses natures lesquels constituent dans leur ensemble la maladie à laquelle on donne le nom de *phthiriase.* Ce sont les *épizoaires*[2].

b) *Dermatoses causées par des parasites qui pénètrent dans l'épiderme,* s'y installent et y vivent au moins une partie de leur existence. Ce sont les *dermato-*

[1] L. Jacquet, dans un de ses plus remarquables travaux (Pathogénie de la Lésion cutanée dans quelques dermatoses: *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1890, p. 491) s'était déjà exprimé en ces termes dès 1890 : « Tout cela revient à dire qu'une même *cause,* qu'un *mode pathogénique* univoque peuvent essentiellement déterminer l'apparition de lésions cutanées très dissemblables comme morphologie, et comme intensité, que par conséquent la *lésion élémentaire* n'a peut-être pas, au point de vue de la nosologie dermatologique, toute l'importance qu'on lui a souvent attribuée. »

[2] Nous devons faire remarquer ici que certaines dermatoses causées par les animaux et rangées dans les éruptions parasitaires ne devraient pas en réalité rentrer dans ce groupe, car les agents pathogènes ne sont nullement des parasites de l'homme, et ils n'agissent que comme agents extérieurs traumatiques ou toxiques ; tels sont les cousins, les abeilles, les guêpes, les chenilles processionnaires, etc...

zoaires ; nous citerons parmi eux les acares de la gale, les ixodes, la puce chique, etc.

c) *Dermatoses causées par des parasites qui pénètrent dans le derme ou le tissu cellulaire sous-cutané*, tels que les œstres, le ver du Cayor, la filaire de Médine, les cysticerques.

d) *Dermatoses causées par les parasites qui siègent dans le sang* ou *hématozoaires*, telle est la filaire du sang qui donne lieu à l'éléphantiasis des pays chauds, etc.

B. *Les affections causées par les parasites végétaux* sont des plus intéressantes, mais elles ne sont pas encore parfaitement bien connues. Il est évident qu'on devrait les classifier au point de vue purement scientifique comme a tenté de le faire Sabouraud dans son très bel article *Dermatophytes* de la *Pratique dermatologique* d'après la place qu'occupe en Botanique l'agent pathogène lui-même. Nous aurions ainsi :

1° Une classe de dermatoses causées par *les levures;* mais ces agents habitent plutôt à titre de parasites accessoires des lésions cutanées qu'ils n'ont pas faites. Ils sont d'ailleurs mal définis, et, d'après les dernières recherches de Bodin et d'autres auteurs, ce que l'on décrit sous le nom de botryomycose chez l'homme ne serait en réalité que des bourgeons charnus nés sous l'influence du staphylocoque doré;

2° Des dermatoses causées par des *Streptothrices* parmi lesquels on trouve l'*oospora actinomyces* qui produit l'actinomycose, et le parasite qui produit le pied de Madura;

3° Des dermatoses étudiées surtout en Amérique sous le nom de blastomycoses ou de saccharomycoses et qui semblent reconnaître pour causes des organismes du genre oïdium tout proches des actinomyces d'où le nom d'oïdiomycoses que leur a donné Ricketts;

4° Une classe de *microsporons* dans laquelle rentrent le microsporon minutissimum de l'Erythrasma, le microsporon furfur du pityriasis versicolor[1];

5° La classe des microbes du Caratès et du Tokelau qui sont probablement des aspergilloïdes pathogènes;

6° La classe qui renferme le microsporon Audouini ou champignon de la teigne tondante de Gruby-Sabouraud, les divers trichophytons agents pathogènes de toutes les trichophyties des parties glabres et velues, l'Achorion de Schœnlein agent pathogène du favus, et les divers champignons qui forment des séries intermédiaires entre ces types.

D'après Sabouraud (voir *Pityriasis et Alopécies pelliculaires*, p. 300, 1904) il faudrait probablement ranger dans les champignons pathogènes la spore de Malassez ou bacille bouteille d'Unna.

Mais la morphologie de tous ces parasites végétaux ne nous paraît pas encore suffisamment bien établie, de telle sorte que, tout en reconnaissant que la classification que nous venons d'esquisser sera la classification de l'avenir, nous aimons mieux encore pour la commodité et la netteté de la description diviser comme nous l'avons déjà fait en 1893 les affections causées par les parasites végétaux en trois grands groupes suivant l'habitat de l'agent pathogène et l'aspect des lésions qu'il provoque.

[1] On ignore totalement à quel groupe de champignons on doit rattacher le parasite de la Piédra Brasiliensis.

a) *Affections cutanées causées par des parasites végétaux qui habitent exclusivement l'épiderme* : telles sont le pityriasis versicolor, l'érythrasma, le caraté, la teigne imbriquée, et, si l'on admet les idées nouvelles de Sabouraud, le *pityriasis simplex*.

b) *Affections causées par des parasites qui ont une prédilection toute spéciale pour le système pileux*, mais qui affectent aussi l'épiderme et les ongles : ce sont les teignes diverses, teigne tondante de Gruby-Sabouraud, toutes les trichophyties (du cuir chevelu, de la barbe, des parties glabres, des ongles), les favus, la piedra.

c) *Affections causées par des parasites qui affectent le derme et l'épiderme*, telles sont l'actinomycose, le Madura Foot, les blastomycoses, etc... D'ailleurs il existe des faits de passage entre cette classe et la précédente : les trichophytons peuvent en effet donner lieu à d'importantes lésions du derme et même de l'hypoderme.

III. **Dermatoses microbiennes**. — L'importance des dermatoses microbiennes s'est singulièrement accrue depuis vingt ans, et, par une regrettable exagération, on a même voulu trouver une origine microbienne à presque toutes les affections cutanées connues. Il en est résulté une réaction à laquelle nous assistons en ce moment. Il est néanmoins probable que des recherches ultérieures permettront d'assigner une origine microbienne certaine à des dermatoses dont la pathogénie est encore imprécise. Mais nous ne sommes pas de ceux qui décrètent d'autorité qu'elles doivent avoir un agent microbien comme primum movens. Pour accepter le rôle pathogène d'un microbe, nous réclamons une démonstration nette et scientifique du fait avancé.

Voici, à l'heure actuelle, quelle est la vue d'ensemble que l'on peut donner des dermatoses d'origine microbienne.

A. Parmi les *Cocci* nous trouvons :

a) *Le streptocoque de Fehleisen*, ou peut-être, d'après certains auteurs, des *streptocoques* divers :

Rappelons en deux mots que le streptocoque est un coccus formant des chaînettes composées de six à huit grains en moyenne. Il se colore par toutes les méthodes : bleu d'aniline, bleu de méthylène, etc. ; il se cultive assez facilement sur gélatine, sur sérum, sur agar, et il y forme des gouttelettes transparentes ou blanchâtres, comparables à des grains de semoule. Il ne donne pas des cultures très abondantes, et il y perd sa vitalité au bout de trois semaines. C'est un anaérobie facultatif, et sa culture est plus abondante et plus persistante en milieu anaérobie.

Pour l'isoler, on l'ensemence d'ordinaire sur de la gélose, milieu sur lequel il se développe rapidement; on peut aussi, lorsqu'il est mélangé à d'autres germes, l'ensemencer sur tubes de bouillon; au bout de douze heures, il y forme des chaînettes, alors que les autres microbes ne se sont pas encore développés. (Bezançon.)

Le streptocoque peut provoquer : l'*érysipèle typique, ses formes atténuées, les lymphangites*, certains *de nos éléphantiasis nostras*, peut-être même certaines *gangrènes des téguments* d'allures foudroyantes et en apparence spontanées, telles que les gangrènes dites spontanées des organes génitaux de l'homme. Le streptocoque peut donc déterminer des lésions à la fois épidermiques, dermiques, et même hypodermiques.

Il semble en outre qu'il peut aussi donner naissance à des lésions exclusivement épidermiques telles que les soulèvements de l'épiderme par de la sérosité transpa-

rente qui sont les lésions élémentaires de l'affection à laquelle on a donné à la face le nom d'*impétigo*, et au tronc et sur les membres celui d'*ecthyma superficiel : la tourniole* à streptocoques affecte le même aspect objectif, la même évolution, et reconnaîtrait la même origine.

b Le *staphylocoque doré :* c'est le type même des staphylocoques, c'est-à-dire des cocci qui agglomèrent leurs individus en grappes ou zooglées. Le sillon de dédoublement, qui d'un individu en produit deux, peut s'effectuer dans tous les sens ; c'est ce qui fait que les agglomérations des staphylocoques sont irrégulières. Les staphylocoques dorés ont une couche périphérique incolorable (gloea). Ils se présentent sous la forme de petits points ronds de 0, 9 μ à 1, 2 μ de diamètre, groupés en amas et formant des grappes. Ils sont souvent à l'état de diplocoques. Ils se colorent bien par toutes les couleurs basiques d'aniline, prennent le Gram, liquéfient la gélatine, donnent sur gélose des stries d'un jaune orangé, avec colonies rondes de la même couleur, assez régulièrement sphériques.

Le staphylocoque doré est l'agent pathogène par excellence de toutes ces lésions suppuratives de la peau, si fréquentes chez certains sujets, auxquelles Leloir avait donné le nom générique de *pyodermites*. Le prototype des dermatoses qu'il provoque est le *furoncle* et *l'anthrax* son congénère. Il donne aussi naissance aux *diverses folliculites*, à ce qu'on appelle l'*impétigo de Bockhart*, à l'*impétigo sycosiforme* de la lèvre supérieure, aux *folliculites narinaires*, aux *orgeolets*, aux *abcès périfuronculeux*, aux *panaris vulgaires*, à certaines *onychoses*. D'après Sabouraud on devrait aussi l'incriminer dans la pathogénie de l'*acné nécrotique*, de l'*acné kéloïdienne de la nuque*, dans la *blépharite ciliaire*, etc. Il faut d'ailleurs reconnaître que dans ces diverses affections il est le plus souvent associé à d'autres agents pathogènes tels que le staphylocoque blanc, le microbacille de la séborrhée, le streptocoque, etc.

c) Le *staphylocoque blanc* (staphylocoque à cultures blanches) n'a pas une histoire pathologique bien précise. Il se rencontre presque toujours associé au staphylocoque doré dont la virulence prime la sienne.

d) Le *staphylococcus cutis communis* ou *coccus butyricus* de Sabouraud serait le morocoque d'Unna. Ce dernier auteur a attribué à ce microbe un rôle considérable dans la pathologie cutanée en en faisant l'agent pathogène des nombreuses dermatoses auxquelles il a donné le nom d'eczéma. Cette conception est très probablement erronée.

Le staphylococcus cutis communis s'observe en unités isolées ou en chaînettes courtes ayant le caractère de se présenter dans un même groupe sous l'aspect d'éléments gros ou minuscules. En cultures, il prend une forme plus régulière de 1 μ et demi de diamètre ; ces microbes isolés sont sphériques, ils sont polyédriques par pression réciproque quand ils forment des amas. Ensemencé par stries sur gélose peptone neutre, il forme des stries fines avec de petites colonies punctiformes périphériques. Le meilleur milieu pour son développement est de la gélose glycérinée à 4 p. 100 additionnée de V gouttes d'acide acétique cristallisable pour mille : la culture exhale une odeur butyrique nauséabonde. (Sabouraud, *loc. cit.*, et *Traité des pityriasis*, 1904, p. 476 et suiv.)

Il semble que l'action pathogène de ce microbe soit surtout épidermique et qu'il soit le type des microbes pityriogènes (Sabouraud)[1]. On le rencontre sur la peau

[1] Cependant, le même auteur lui fait jouer un rôle pathogène prépondérant dans l'acné vulgaire où il est associé au microbacille de la séborrhée et au flaschen bacillen.

avec une extrême fréquence. Il serait l'agent de toutes les épidermites desquamatives. Il s'associe fort souvent au microbacille de la séborrhée et au bacille bouteille. On le trouve dans le *pityriasis capitis*, dans les *séborrhéides circinées ou figurées* que l'on appelait autrefois eczéma flanellaire, et que Sabouraud dénomme maintenant pityriasis stéatoïde, dans les *onychoses* qui accompagnent les séborrhéides, dans les *intertrigos*, et même dans certaines *folliculites superficielles* dont la différenciation clinique n'est pas encore définitive. Il a été étudié au point de vue morphologique d'une manière très approfondie par Cedercreutz.

Il est probable qu'il existe d'autres variétés de staphylocoques cutanés pathogènes, mais nous ne connaissons encore rien de précis à leur égard.

B. Les *bacilles pathogènes de dermatoses* peuvent être divisés en plusieurs catégories. Avec Sabouraud nous distinguerons :

a) Ceux qui infectent l'économie tout entière, et produisent des lésions cutanées par un double mécanisme : par infection générale, par inoculation cutanée directe, tels sont les bacilles de la *tuberculose*, de la *lèpre*, de la *morve*.

b) Ceux qui provoquent des accidents locaux par inoculation directe, tels sont les microbes de la *pourriture d'hôpital*, de l'*angine de Vincent*, ceux du *rhinosclérome* et du *chancre simple*.

c) Ceux qui provoquent d'abord des accidents locaux par inoculation directe, puis qui produisent une infection spécifique généralisée par suite de leur pénétration dans l'économie, tels sont ceux de la *pustule maligne*.

d) Ceux qui paraissent être exclusivement spécialisés aux téguments et qui ne causent que des lésions dermatologiques, tels sont le microbacille de la *séborrhée huileuse*, et le bacille bouteille du *pityriasis capitis* (voir plus haut). Mais leur action pathogène n'est pas encore acceptée par tous les auteurs.

e) Il existe très probablement aussi des *spirilles pathogènes* d'affections cutanées, mais ils sont encore fort mal connus, et cette partie de l'étude des dermatoses demande à être établie de toutes pièces. C'est à peine si l'on soupçonne le rôle d'un spirille dans les kystes caséeux de l'acné polymorphe chronique (Sabouraud) ; dans la balanite post-érosive (Queyrat) ; Vincent en a décrit dans son angine ulcéreuse, dans les ulcères phagédéniques des pays chauds ; Schaudinn et Hoffmann considèrent le spirochœtes pallida comme l'agent infectieux de la syphilis, etc...

Il existe en outre de nombreuses dermatoses contagieuses ou inoculables dont on ignore encore totalement l'agent pathogène, telles sont les verrues, les fièvres éruptives, etc... Ces affections doivent néanmoins, de par nos seules connaissances cliniques, être rangées à côté des dermatoses microbiennes à microbes connus.

Pathogénie générale des dermatoses parasitaires et microbiennes. — Le parasite animal peut exercer son action nuisible sur la peau de deux manières : 1° par le traumatisme direct, piqûre, morsure ou sillon, produisant ainsi une plaie des téguments ; 2° par le venin qu'il peut déposer dans la blessure, causant ainsi une intoxication locale qui exaspère la lésion cutanée et peut même parfois provoquer une intoxication générale plus ou moins grave de l'économie.

La piqûre ou le traumatisme local, telle est surtout la lésion objective directement appréciable à l'exploration qui dépend du parasite. C'est la piqûre hémorragique de la puce, la piqûre du cousin, et surtout le sillon de l'acare, creusé dans l'épiderme par la femelle pour sa ponte. Ces lésions cutanées sont pathognomoniques de la présence des animaux nuisibles, et dépendent d'eux directement.

Mais alors entre en scène un nouvel élément des plus importants, la *manière*

dont chaque organisme réagit sous l'influence du traumatisme exercé par le parasite. Rien de plus variable que cet élément suivant les sujets, suivant leurs prédispositions particulières, suivant les soins d'hygiène générale et locale qu'ils prennent, suivant les complications auxquelles ils sont exposés.

Prenons par exemple l'acare de la gale : chez un sujet sain, ayant des habitudes d'hygiène et de propreté, ne faisant aucun excès ni d'aliments ni de boissons, en équilibre parfait au point de vue des fonctions générales de l'organisme et de l'impressionnabilité nerveuse, tout se borne au point de vue subjectif à du prurit avec exaspérations nocturnes, et au point de vue objectif aux sillons pathognomoniques, à des rougeurs plus ou moins papuleuses, à des excoriations suites de grattages.

Si le sujet n'a pas d'habitudes de propreté, les lésions, grâce à une pullulation considérable du parasite, prennent un développement extraordinaire. Des complications de pyodermites font leur apparition : elles ont même une importance majeure chez certains sujets prédisposés aux infections microbiennes (gale pustuleuse).

Si le sujet est intempérant, ses téguments réagissent avec beaucoup plus d'intensité sous l'influence des traumatismes exercés par les acares. Le prurit est plus violent, les grattages plus furieux, et les lésions cutanées consécutives plus considérables. L'élément congestif et urticarien intervient pour une plus large part. Il en est de même s'il est émotif, si son système nerveux est ébranlé par une cause quelconque : l'acare peut alors, par le traumatisme qu'il exerce sur les téguments, provoquer le développement de prurits effroyables, de véritables crises de névrodermies et de névrodermites [1].

Enfin, si le sujet est prédisposé à telle ou telle affection cutanée définie, l'acare peut déterminer l'apparition d'une de ces dermatoses, de l'eczéma en particulier.

On voit donc qu'une affection parasitaire des mieux caractérisées, telle que la gale, causée par un animal toujours égal à lui-même, l'acare, peut revêtir des aspects tout à fait divers suivant la nature du terrain sur lequel elle évolue. Cec nous montre que, même pour les affections en apparence les plus indépendantes de l'état général du sujet, il faut tenir grand compte de cet état général, dont l'importance va nous paraître bien autrement considérable encore dans les autres catégories de dermatoses que nous allons passer en revue. Le court schéma qui précède permet en outre de comprendre que toute action pathogène, traumatique ou virulente extérieure provoque des réactions de l'organisme, et que ces réactions dépendent, en partie de la nature de l'agent vulnérant, en partie de l'individualité touchée.

Si nous analysons les *dermatoses causées par les parasites végétaux,* nous voyons intervenir dans la genèse de ces affections un élément d'une importance capitale qui se relie intimement à ce que nous venons de dire à propos des réactions individuelles des sujets attaqués par les parasites animaux, c'est la *réceptivité morbide.*

Tout individu, sauf peut-être de fort rares exceptions, peut prendre la gale, ou avoir de la phthiriase, et cela à tout âge. Tout individu ne peut pas prendre le pityriasis versicolor ou l'érythrasma. Il y a donc des organismes humains sur lesquels le microsporon furfur et le microsporon munitissimum ne se cultivent pas, alors qu'ils fructifient médiocrement ou avec intensité chez d'autres sujets.

Mais il ne s'agit pas simplement ici de réceptivité suivant les individus; il s'agit

[1] Voir ces mots pour de plus amples explications.

aussi de réceptivité suivant les divers âges de la vie chez une même personne ; pour être plus précis disons que la réceptivité morbide d'une personne donnée peut se modifier suivant les diverses phases de la vie. C'est ainsi que la teigne tondante de Gruby-Sabouraud est une maladie de l'enfance et de la première jeunesse : elle est d'une extrême rareté à l'âge adulte.

Ces faits d'observation journalière nous préparent à la conception réelle de la pathogénie des *dermatoses microbiennes vraies*.

Pour elles en effet la question terrain prend une importance capitale avec ses variations suivant les sujets, suivant les diverses phases de la vie, suivant l'hygiène générale et l'alimentation, suivant le surmenage et l'état du système nerveux, suivant les maladies générales ou les affections d'organes concomitantes.

L'acné polymorphe est une maladie d'évolution, débutant chez l'adolescent en même temps qu'apparaissent chez lui les signes de la puberté, s'exaspérant par les écarts de régime, par le défaut des éliminations, par le mauvais fonctionnement et les lésions du tube digestif et des organes génitaux : elle a de la tendance à disparaître spontanément vers l'âge de trente ans.

Les pyodermites, la tuberculose cutanée, se développent de préférence chez certains sujets ayant ce que l'on est convenu d'appeler l'aspect lymphatique. Les furoncles prennent des allures récidivantes chez ceux qui ont des éliminations imparfaites.

Tout cela est malheureusement des plus vagues, et les recherches actuellement en cours sur le chimisme de l'organisme humain ne nous permettent pas encore de préciser d'une manière scientifique ce que sont les terrains.

Mais nous connaissons, par l'expérience clinique, et cela d'une manière irréfutable, toute leur importance. Nous savons que la meilleure manière que nous ayons encore à l'heure actuelle de guérir certaines des affections microbiennes les plus graves, comme la tuberculose viscérale, c'est de modifier l'état général du malade, et de le rendre inapte au développement du microbe. De telle sorte que dans beaucoup de cas on a renoncé à détruire directement le microbe dans les tissus vivants; on l'y détruit indirectement en rendant ces tissus impropres à sa fructification.

On voit donc qu'à mesure que nous avançons dans cette étude pathogénique les deux éléments du problème nous apparaissent avec toute leur importance : *a*) d'une part le microbe pathogène dont la présence est indispensable, qui agit par lui-même et par ses toxines, et dont la virulence peut varier suivant certaines conditions que nous ne faisons encore que soupçonner, et dans lesquelles les climats, la température, les perturbations atmosphériques, l'humidité, la composition chimique du milieu ambiant, etc... jouent sans doute un rôle considérable; *b*) d'autre part la réceptivité individuelle, c'est-à-dire le terrain (voir E. Bodin : *Les conditions de l'infection microbienne et l'immunité*).

En l'absence d'une démonstration scientifique de la constitution même du terrain, pouvons-nous, cliniquement, nous en faire une idée approximative ?

Nous pensons que oui, et qu'en réalité son étude revient à celles des prédispositions individuelles que nous avons esquissées plus haut : nous y renvoyons le lecteur pour ne pas nous exposer à des redites. Qu'il nous suffise de dire ici en quelques mots que le terrain humain est éminemment variable suivant les races, suivant les familles, les individus, suivant les phases de l'existence chez le même individu.

Mais la plupart des parasites et surtout les microbes n'agissent pas toujours

simplement comme agents irritants cantonnant leur action pathogène au point touché. Certes ils peuvent n'avoir qu'une influence morbide locale ; mais, une fois inoculés, ils peuvent pénétrer dans l'organisme, l'infecter en totalité, et donner lieu à d'autres éruptions par suite de l'intoxication générale du sujet. Ces dermatoses toxiques sont diffuses, généralisées, parfois symétriques, parfois cantonnées aux *loci minoris resistentiæ* des téguments, loci qui peuvent varier dans une certaine mesure suivant les sujets.

Plusieurs parasites peuvent se développer simultanément chez le même malade et provoquer chacun pour son compte les éruptions qui lui sont propres, lesquelles peuvent être juxtaposées et faciles à reconnaître, ou véritablement superposées et d'un diagnostic réellement difficile.

Quand il s'agit de parasites d'ordre supérieur comme les acares ou les poux ces questions sont d'une solution aisée ; elles sont plus épineuses quand il s'agit de parasites végétaux ; elles peuvent être inextricables quand il s'agit de symbioses microbiennes, et cependant ces symbioses semblent être relativement fréquentes et avoir même une importance considérable en pathologie cutanée. C'est ainsi que l'acné vulgaire est due, d'après Sabouraud, à la symbiose du staphylocoque à culture grise et du microbacille de la séborrhée, que, toujours d'après le même auteur, l'acné furonculeuse du cou, l'acné kéloïdienne de la nuque et l'acné nécrotique résultent de la symbiose du staphylocoque doré et du microbacille de la séborrhée[1].

Deuxième grand groupe de dermatoses

Éruptions indépendantes de toute action d'origine externe, traumatique ou parasitaire.

(*Théorie des réactions cutanées.*)

Examinons maintenant comment l'individualité morbide peut entrer en jeu sous l'influence de causes morbifiques provenant du malade lui-même.

Dans les dermatoses que nous allons étudier, on ne peut trouver, à l'heure actuelle, de cause pathogène venant du dehors. Il est possible qu'avec les progrès de la science on arrive à en découvrir, et que, par des méthodes nouvelles, on démontre qu'un microbe ou qu'un principe infectieux bien défini joue pour certaines d'entre elles le rôle d'une dominante étiologique ; mais, pour le moment, notre ignorance sur ce point capital est absolue.

En attendant ces découvertes que nous appelons de tous nos vœux, il nous semble qu'il est possible d'arriver à comprendre la nature de ces dermatoses, dont l'importance pratique est considérable, en s'appuyant en partie sur les considérations que nous avons émises à propos des éruptions médicamenteuses.

Certes la solution que nous allons proposer pour ce problème n'est pas de tout point satisfaisante, nous ne l'ignorons pas, et nous en indiquerons même les points faibles, mais c'est la seule conception qui permette à l'heure actuelle de se faire une idée quelque peu précise de ces éruptions et de les classifier.

[1] Dès 1893, dans notre *Pathologie générale cutanée*, nous nous exprimions en ces termes : « Il y a là tout un champ d'études presque inexploré et qui réserve peut-être les surprises les plus inattendues. Qui sait même si ces *associations microbiennes* ne donneront pas la clef de guérisons spontanées, jusqu'ici inexpliquées, et ne fourniront pas dans un avenir plus ou moins éloigné une nouvelle méthode thérapeutique ». Brocq, *loc. cit.* p. 43.

Nous avons vu plus haut que de l'analyse des éruptions médicamenteuses découle le principe suivant :

Premier principe. — *Une seule et même cause morbide, agissant sur plusieurs sujets peut provoquer des éruptions éminemment dissemblables suivant ces sujets.* Il semble donc que *chaque sujet ait son mode spécial de réaction cutanée en présence d'une cause donnée.*

Si nous analysons maintenant, en partant d'un autre ordre d'idées, l'histoire clinique de plusieurs sujets atteints d'une seule et même forme éruptive, d'urticaire par exemple, nous voyons qu'un malade a eu sa poussée après avoir mangé des moules ou des fraises, du blanc d'œuf ou du veau, etc. ; un second l'a eue après avoir pris du chloral ; chez un troisième elle est symptomatique d'une fièvre intermittente larvée ; chez un quatrième, de la présence de kystes hydatiques ; chez un cinquième elle est d'origine névropathique, et survient sous l'influence de la moindre émotion, etc...

Un sujet prédisposé à avoir de l'urticaire peut n'avoir de l'urticaire que sous l'influence d'une seule et même cause provocatrice toujours la même, et c'est ainsi que certaines personnes n'ont de l'urticaire que lorsqu'elles ingèrent une substance donnée, que d'autres n'en ont que lorsqu'elles sont soumises à de violentes émotions (urticaire nerveuse). Mais l'individu prédisposé à l'urticaire peut aussi en avoir sous l'influence de diverses causes occasionnelles : il suffit qu'il soit orienté dans ce sens, pour que toute cause morbifique qui agira sur lui provoque l'apparition de la poussée.

Ce que nous venons de dire de l'urticaire, nous pourrions le dire des érythèmes, du prurigo simplex, de l'eczéma vésiculeux vrai, du lichen simplex chronique, etc.

Il en résulte : 1° *que les causes les plus diverses peuvent, chez des sujets différents provoquer des effets identiques au point de vue éruptif ;* 2° *que ces mêmes causes diverses peuvent, chez un même sujet, provoquer la même éruption. Un sujet donné peut donc* (pendant toute sa vie, plus souvent pendant une période donnée de son existence) *avoir une idiosyncrasie telle qu'il réagisse toujours de la même manière au point de vue pathologique sous l'influence des causes morbides provocatrices les plus diverses.* Ce sont là d'importantes vérités sur lesquelles E. Besnier a insisté dès 1889, en traitant de la pathogénie des érythèmes.

Nous pouvons donc formuler le deuxième principe suivant :

Deuxième principe. *Une même forme éruptive peut être provoquée par les causes occasionnelles les plus diverses chez un sujet prédisposé : de telle sorte qu'un sujet peut être orienté dans le sens d'une seule et même réaction cutanée; et cette réaction cutanée peut être la même pendant toute l'existence du sujet, ou bien elle peut varier suivant les diverses phases de sa vie.*

Il est en effet relativement commun de voir un malade présenter par périodes des poussées d'eczéma vrai, puis du prurit avec simple lichénification, puis des poussées de parakératoses psoriasiformes, puis des poussées d'eczéma vrai et de lichénifications greffées sur des parakératoses, puis des poussées de furoncles ou d'anthrax, etc... [1]. Les prédispositions morbides du sujet peuvent donc varier

[1] Faisons remarquer en passant que, parmi ces dermatoses qui peuvent se succéder chez un sujet donné suivant ses prédispositions morbides, nous en citons qui sont probablement ou même sûrement d'origine microbienne. Nous nous expliquerons plus loin à propos de cette apparente contradiction.

dans une assez large mesure, et la clinique ne fait ici que confirmer ce que nous avons dit plus haut au sujet de la constitution du terrain.

D'ailleurs, cette dernière loi s'applique également aux réactions morbides générales de l'individu. Un sujet donné peut être orienté toute sa vie dans le sens d'une seule et même manifestation morbide. Il peut être aussi prédisposé à diverses affections suivant les diverses périodes de son existence. Sous l'influence des causes morbides occasionnelles en apparence les plus dissemblables, coup de froid, surmenage, auto-intoxication, intoxication accidentelle, il aura sa crise d'asthme ou de rhumatisme, ou sa poussée de furonculose, ou son urticaire; ces expressions pathologiques constituent pour lui sa façon de réagir morbifiquement : ce sont ses RÉACTIONS MORBIDES, lesquelles peuvent être cutanées ou viscérales.

L'arthritique nerveux, issu d'arthritiques, habitant la ville, aura pendant sa *première enfance* un eczéma plus ou moins suintant, plus ou moins impétigineux ou papulo-vésiculeux, suivant qu'il sera plus ou moins teinté de lymphatisme ou de nervosité.

Dans la *seconde enfance*, l'eczéma disparaîtra parfois; il sera remplacé par des crises d'urticaire pure, ou par des troubles viscéraux, ce qui est beaucoup plus fréquent; ce seront des manifestations congestives du côté de la muqueuse naso-pharyngée, des végétations adénoïdes, des accès de rhino-bronchite spasmodique, des crises de gastro-entérite, des engelures, etc...

Adolescent, il aura des céphalées, des crises de mélancolie : l'acné et la séborrhée feront leur apparition.

Jeune homme, il aura de l'asthme vrai, de la neurasthénie, et la séborrhée commencera son œuvre de dépilation.

A l'âge adulte, ces manifestations diverses augmenteront d'intensité, se préciseront, ou seront remplacées par une séborrhéide tenace, par une névrodermite chronique circonscrite, ou par des crises viscérales, migraines, névralgies diverses, dyspepsies, coliques hépatiques, ou néphrétiques, crises de rhumatisme ou de goutte vraie.

Vieillard, il aura les diverses manifestations de l'artériosclérose confirmée, ou bien il présentera l'une des grandes maladies prurigineuses de la vieillesse, prurit sénile pur ou prurit avec manifestations apparentes d'eczéma.

Or ce sont ces diverses phases morbides traversées par le sujet pendant le cours de son existence, quand il réagit morbifiquement du côté de ses téguments, que certains dermatologistes ont de la tendance à considérer comme constituant des maladies vraies : TELLE EST LA GRANDE CAUSE D'ERREUR QUE NOUS AVONS SIGNALÉE DANS NOS TRAVAUX SUR LA CONCEPTION GÉNÉRALE DES DERMATOSES. — *En réalité, ce ne sont que des périodes pendant lesquelles la peau se trouve être le locus minoris resistentiæ de l'organisme, soit parce qu'elle est traumatisée d'une manière quelconque, soit parce qu'elle est infectée par des microbes pathogènes, soit sous l'influence de causes encore inconnues ou mal précisées qui font qu'elle est momentanément le point faible de l'économie.*

Pendant ces périodes cutanées de l'état pathologique du sujet, l'expression morbide objective, c'est-à-dire la *réaction morbide cutanée*, peut être univoque ou multiple. Le malade peut n'avoir que de l'urticaire, que de l'eczéma vésiculeux vrai, que du prurigo simplex, c'est-à-dire une seule modalité éruptive à l'état pur; mais il peut aussi avoir à la fois de l'urticaire et du prurigo, — du prurigo et de l'eczéma, — de l'urticaire, du prurigo, de l'eczéma et de la lichénification, etc...,

et, dans ce cas, plusieurs modalités éruptives peuvent être réunies au même moment chez le même individu.

Il est possible que l'on arrive peu à peu à préciser que telle forme morbide éruptive est provoquée par telle variété d'intoxication du sujet. Si l'on y parvient, on aura en quelque sorte constitué des entités morbides d'origine interne, et ce sera beaucoup plus satisfaisant pour l'esprit.

L'histoire des éruptions artificielles d'origine médicamenteuse (voir plus haut) nous montre que cette hypothèse est réalisable ; il existe en effet des éruptions pathognomoniques de l'ingestion de telle ou telle substance. Mais il ne faut pas nous dissimuler que nous n'avons encore sur ce point si important, aucune donnée vraiment établie.

Dans nos recherches avec Ayrignac sur les échanges nutritifs dans les dermatoses, il nous a été jusqu'ici impossible d'attribuer à l'une quelconque des dermatoses que nous avons étudiées un type chimique caractérisant une classe particulière de dermatoses (voir les travaux d'Ayrignac).

Dans l'état actuel de la science, il est donc permis de soutenir que, lorsqu'il ne s'agit pas d'affections rentrant dans l'une des classes bien définies que nous avons esquissées plus haut, ce sont presque toujours les réactions personnelles du sujet qui gouvernent la forme morbide objective. Plus rarement, cette forme morbide est fixée dans son aspect par la cause occasionnelle qui en a provoqué l'apparition, de telle sorte que, dans ce dernier cas, par l'examen de l'éruption, on peut en diagnostiquer la cause déterminante.

Or la plupart des grandes dermatoses communes telles que l'urticaire, les érythèmes, l'eczéma, le lichen vrai, etc..., appartiennent à cette catégorie. Elles sont occasionnées par beaucoup de causes provocatrices fort différentes les unes des autres, causes qui agissent sur un organisme orienté dans un certain sens au point de vue morbide, de telle sorte que, quelle que soit la nature de la cause qui entre en jeu, l'on voit toujours se produire le même effet éruptif propre à l'individu en question. *Ces dermatoses peuvent donc être considérées à l'heure actuelle, peut-être provisoirement*[1], *comme représentant des modes spéciaux de réaction cutanée.*

Ajoutons que ce sont des *réactions cutanées pures :* voici ce que nous entendons par ce terme. Nous ne connaissons à l'heure actuelle aucun microbe pathogène jouant un rôle précis dans leur genèse. Elles semblent bien être purement d'origine interne, mais au même titre que les éruptions médicamenteuses dont nous avons parlé plus haut. Elles ne dépendent donc, quant à leur apparition, quant à leur forme et à leur aspect objectif, que de l'idiosyncrasie du sujet et des forces morbides pathogènes, intoxications, auto-intoxications, modifications subies par le système nerveux qui existent chez lui.

Il n'y a dès lors rien d'étonnant à ce qu'une réaction cutanée pure soit remplacée par une réaction morbide viscérale, et inversement. Un individu qui a réagi pendant longtemps au point de vue morbide, sous la forme de rhinobronchites spasmodiques et d'accès d'asthme, peut fort bien, à une certaine période de son existence, ne plus présenter ces manifestations, mais réagir dans le sens eczéma vulgaire vrai, ou dans le sens eczéma lichénifié, ou lichen simplex chro-

[1] Nous disons « peut-être provisoirement » : en effet, il est à la rigueur possible que l'on découvre ultérieurement pour l'une quelconque de ces dermatoses un microbe pathogène. Cela ne modifierait d'ailleurs que fort peu notre conception générale des dermatoses, comme on le verra plus loin.

nique (prurit circonscrit avec lichénification). Ses prédispositions morbides se sont modifiées ; le point faible de son organisme a varié sous l'influence de causes multiples, à effets lents ou rapides, que nous n'avons pas à étudier ici : c'est ce que l'on a appelé autrefois les *métastases*.

D'après ce qui précède, on voit que les *réactions cutanées pures* ne sont pas des entités morbides vraies au sens propre de ce mot. La *réaction morbide pure n'a pas*, comme nous l'avons souvent dit dans nos travaux antérieurs, *d'étiologie fixe ; elle n'a pas d'autonomie, mais elle offre une symptomatologie précise*. L'urticaire, par exemple, qui est le type achevé des réactions morbides cutanées pures, est toujours reconnaissable grâce à ses caractères objectifs absolument précis, pathognomoniques ; or sa genèse ne dépend que de la prédisposition du sujet : elle peut être provoquée par les causes occasionnelles les plus disparates.

Une maladie vraie offre au contraire une étiologie précise, mais parfois elle a une symptomatologie variable. Prenons par exemple la lèpre : c'est une maladie nettement définie par son bacille pathogène : elle est fortement individualisée ; elle existe en quelque sorte en dehors du sujet. Or ses expressions morbides peuvent être des plus variables ; et, entre le tubercule lépreux typique, la tache fauve lépreuse et la bulle pemphigoïde des léprides trophiques, il y a de radicales différences symptomatiques.

Dans les réactions morbides cutanées pures nous n'avons donc pour établir des distinctions et des groupes pathologiques qu'un seul élément, l'aspect objectif, c'est-à-dire la lésion anatomo-pathologique. Et c'est sur cet aspect objectif seul qu'il faut s'appuyer pour établir des catégories dans ce groupe énorme de lésions cutanées[1].

[1] Voilà une vérité dont certains dermatologistes ne semblent pas se douter. Quand ils discutent sur l'eczéma, sur le psoriasis, sur les dermatites polymorphes douloureuses, ils parlent d'entités morbides, dont ils étendent les frontières au gré de leurs préférences personnelles. Ils ne songent pas que, pour décrire une entité morbide définie, il faut en connaître la nature intime, c'est-à-dire l'étiologie et la pathogénie : quand on possède ce critérium, on peut logiquement tracer les frontières d'une maladie et lui annexer des syndromes qui au premier abord ne semblent pas au point de vue objectif devoir rentrer dans le même cadre morbide. Mais tant qu'on ignore la cause première d'un syndrome, on n'a pas le droit de le considérer comme répondant à une entité morbide ; et on n'a dans ce cas qu'un critérium pour le classifier : la lésion objective, macroscopique et histologique.

Les dermatoses microbiennes fonctions d'états généraux. — Nos réactions cutanées vraies sont, comme nous l'avons dit plus haut, du moins dans l'état actuel de la science, des affections amicrobiennes qui semblent être purement d'origine interne. Mais un sujet n'est pas toujours fatalement orienté comme réaction morbide cutanée dans le sens d'une de ces éruptions. Il peut être prédisposé à des affections qui sont probablement, parfois même sûrement, de nature microbienne, et, chose remarquable, cette éruption microbienne, tout comme une réaction cutanée pure, peut remplacer chez lui certaines manifestations viscérales ; elle peut se développer, particularité encore plus extraordinaire ! sous l'influence de causes occasionnelles variables.

En effet, la clinique nous apprend qu'un sujet peut, pendant une ou plusieurs années de son existence, réagir sous l'influence des causes morbides diverses qui agissent sur lui par des poussées de furoncles ou par des anthrax : qu'il mange trop de viande, qu'il commette un écart de régime, qu'il se surmène, qu'il subisse surtout un choc moral, etc... et l'anthrax apparaîtra ; et cependant l'anthrax est une dermatose microbienne des mieux caractérisées.

Il en est de même de l'acné, en particulier de cette acné spéciale à gros éléments profonds, si rebelle chez les femmes entre vingt et quarante ans, et qui siège au menton, plus rarement au nez et aux joues : les écarts de régime, le contact des agents atmosphériques, les troubles gastro-intestinaux, la constipation habituelle, les congestions utérines et péri-utérines, surtout les émotions nerveuses, etc... peuvent en provoquer des poussées.

Les séborrhéides, avec leurs innombrables variétés éruptives, semblent rentrer dans le même groupe.

Un individu peut donc être orienté pendant une partie de son existence dans le sens acné,

Les réactions morbides cutanées pures, ne sont par conséquent que des aspects objectifs spéciaux, que des lésions épidermiques et dermiques spéciales qui dépendent exclusivement : 1° de la morbidité du sujet, c'est-à-dire de sa disposition du moment à être malade; 2° de la prédisposition spéciale qu'ont ses téguments à réagir de telle ou telle manière sous l'influence de cette morbidité; 3° d'une cause occasionnelle quelconque qui met en jeu cette prédisposition, et qui peut être un simple traumatisme, un parasite quelconque, un microbe, une minime intoxication accidentelle, comme chez la plupart des prurigineux.

Dans les réactions cutanées pures, la maladie est donc essentiellement constituée par cette morbidité et cette prédisposition du sujet qui dominent toute la scène pathologique. Si la morbidité est passagère, la réaction cutanée ne se produit que pendant quelques instants; si elle persiste au contraire, la réaction cutanée se reproduit incessamment pendant un laps de temps plus ou moins long; elle peut dans ce cas évoluer indéfiniment à l'état pur, ou se compliquer ou se modifier suivant les circonstances pendant le cours de la maladie.

Variabilité de l'étiologie des réactions cutanées. Théorie de la Dominante Étiologique. — Si l'on a bien compris tout ce qui précède, on voit que l'étiologie des réactions cutanées pures est on ne peut plus touffue. Toute cause morbifique agissant sur un organisme orienté vers une réaction cutanée pure provoquera une explosion de cette dermatose. Or, il arrive fort souvent que les causes morbifiques sont des plus multiples.

Prenons des exemples cliniques pour être plus précis. Voici un malade qui n'a de l'urticaire que lorsqu'il mange des fraises : il n'y a rien de plus net comme étiologie. En voici un autre qui a de l'urticaire lorsqu'il mange des moules, du poisson, du veau, des fraises, etc..., le cas est déjà plus complexe, bien qu'il s'agisse toujours d'urticaire *ab ingestis*. En voici un autre qui a de l'urticaire *ab ingestis* également,

séborrhéides, furonculose, etc., de même qu'il peut être orienté dans le sens urticaire ou eczéma. Et, pendant tout le temps qu'il sera orienté dans ce sens, les causes morbifiques qui agiront sur lui, de quelque nature qu'elles puissent être, provoqueront une nouvelle poussée de ces dermatoses que les bactériologistes regardent comme étant de nature microbienne.

Pendant que le goutteux larvé est orienté dans le sens furonculose, il n'a pas d'ordinaire d'autres manifestations de sa goutte; dès qu'il cesse d'être prédisposé aux furoncles, il voit revenir d'autres accidents morbides tels que les accès d'asthme, les migraines, la gravelle, etc... La furonculose peut jouer le même rôle substitutif qu'une réaction cutanée vraie.

Il semble donc qu'à côté de dermatoses microbiennes hautement spécifiques, comme la tuberculose, la lèpre, etc..., dermatoses dans le développement desquelles la réceptivité de l'individu joue quand même un certain rôle, il y ait des dermatoses microbiennes de moindre spécificité, causées par les microbes banaux de la peau, et dans lesquelles les éléments *terrain* et *modifications subies par le terrain*, c'est-à-dire *prédispositions morbides individuelles*, jouent un rôle des plus importants, un rôle analogue à celui que jouent ces mêmes prédispositions dans les réactions cutanées proprement dites.

En réalité, ces deux grandes classes de dermatoses, réactions cutanées proprement dites, et dermatoses microbiennes à microbes banaux, sont extrêmement voisines l'une de l'autre : elles s'intriquent en quelque sorte; aussi ne saurions-nous trop répéter qu'il serait fort possible que, dans la suite, certaines de nos réactions cutanées proprement dites prennent place parmi ces dermatoses microbiennes à microbes banaux.

Ce n'est pas tout, et dans les dermatoses les mieux définies comme étiologie, dans celles dont les manifestations cutanées sont pathognomoniques de l'agent infectieux, la prédisposition individuelle peut jouer encore un rôle assez important. Dans la syphilis, par exemple, tel individu séborrhéique et acnéique aura plus de tendance à avoir des manifestations péripilaires et sébacéo-pilaires, tel autre aura plutôt des accidents psoriasiformes, tel autre verra se développer des lésions des muqueuses ou de la langue, etc. Il est inutile d'insister.

mais qui en a, en outre, lorsqu'il est soumis à des contrariétés et à des émotions. Ce dernier cas est beaucoup plus embarrassant en pratique : il est cependant facile de comprendre que le sujet peut avoir tantôt de l'urticaire alimentaire, tantôt de l'urticaire émotive ou nerveuse, etc..., et, quand les deux influences se combinent chez lui, c'est parfois l'élément alimentaire, parfois, au contraire, l'élément névropathique qui l'emporte comme intensité d'action.

Nous avons donné depuis longtemps à la cause dont l'action est prédominante lorsque plusieurs causes agissent simultanément sur le même sujet, le nom de *dominante étiologique*. La *Dominante étiologique* est donc la cause qui paraît avoir eu le maximum d'influence pour provoquer la poussée éruptive, celle dont l'action pathogène semble avoir primé les autres causes morbifiques concomitantes, lesquelles interviennent cependant, elles aussi, pour une certaine part dans la genèse de l'éruption.

Or cette dominante étiologique peut être variable pour une même expression morbide, non seulement suivant les sujets, mais encore pour un même sujet suivant les phases que parcourt l'éruption.

Voici, par exemple, un malade prédisposé à l'eczéma : il subit une application d'une substance irritante qui provoque tout d'abord l'apparition d'une éruption artificielle ; presque immédiatement, dans les deux, quatre, six jours, il se développe au point traumatisé de l'eczéma vésiculeux vrai qui évolue dès lors pour son propre compte malgré la suppression définitive de tout contact externe nuisible. Sous l'influence d'un régime des plus sévères, du régime lacté absolu et des lavages intestinaux, la poussée se calme. Le malade subit une violente émotion, et, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, il se produit une nouvelle poussée éruptive, etc... Certes, la cause primordiale de l'éruption eczémateuse est bien la prédisposition du sujet : mais si le traumatisme cutané n'était pas entré en jeu, l'eczéma ne se serait pas développé. Dans cet ordre d'idées, il est donc permis de dire que la dominante étiologique a été au début l'application de la substance irritante ; l'eczéma a été tout d'abord *traumatique*. Puis, malgré la suppression de toute application irritante, il a continué à évoluer, à s'étendre ; il ne s'est amélioré que lorsqu'on a pratiqué le grand lavage de l'organisme par le régime lacté et les lavages intestinaux : dans cette seconde phase, la dominante étiologique semble avoir été les auto-intoxications de l'organisme : l'eczéma a été, à cette période, *autotoxique ou arthritique*.

Dans la dernière phase, c'est l'ébranlement subi par le système nerveux qui a été la cause de la poussée éruptive ; la dominante étiologique a été alors le choc du système nerveux, et l'eczéma a pu être qualifié à cette période de *neuro-arthritique*, etc...

Deux ou plusieurs causes peuvent d'ailleurs, dans certains cas relativement assez rares, agir avec une intensité sensiblement égale sur l'organisme pour provoquer la poussée éruptive. Il n'y a pas alors, à proprement parler, de dominante étiologique.

La notion de la dominante étiologique a une assez grande importance au point de vue pratique, car elle sert à régler la médication. Il est évident que, lorsqu'il s'agit de traiter une éruption, on doit avant tout s'attacher à en rechercher les causes pathogènes et à les supprimer. Or, pendant tout le cours d'une dermatose quelque peu prolongée, nous voyons que la dominante étiologique peut varier : par suite, il est parfois nécessaire de modifier la médication instituée d'après ce que l'analyse minutieuse souvent répétée du malade aura révélé.

Voici un tableau d'ensemble de l'étiologie des réactions cutanées que comprendront sans peine ceux qui auront lu avec un peu d'attention ce qui précède.

TABLEAU SCHÉMATIQUE DE L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES RÉACTIONS CUTANÉES[1]

I. — Causes prédisposantes.

- *A.* HÉRÉDITÉ
  - Hérédité pathologique.
    - Prédispositions tenant à la race ;
    - Prédispositions tenant aux familles ;
    - Prédispositions tenant au père et à la mère.
    - *a*) Altérations originellement morbides dans la constitution initiale des éléments des tissus (hérédité morbide pure, d'où découlent les difformités).
    - *b*) Infection par voie utéro-placentaire du produit fœtal constitué.
    - c) Intoxications chroniques des parents :
      - Par une maladie infectieuse sans que l'enfant soit directement infecté (syphilis ancienne, tuberculose),
      - Par une maladie de nutrition générale (goutte, diabètes divers, obésité, etc.),
      - Par alcoolisme, caféisme, saturnisme, morphinisme, etc.
    - *d*) Intoxications aiguës accidentelles des parents au moment de la conception.
    - *e*) État du système nerveux des parents au moment de la conception.
    - *f*) État moral des parents au moment de la conception.
    - *g*) Maladies quelconques accidentelles des parents au moment de la conception.
- *B.* IDIOSYNCRASIE INDIVIDUELLE. *Prédispositions acquises.* (Quelques-unes des causes mentionnées ci-contre sont à la fois prédisposantes et déterminantes : les saisons par exemple.)
  - *a*) Influences générales . .
    - Sexe.
    - Climat. Sol.
    - Saisons . . .
      - Printemps (érythème polymorphe, dysidrose).
      - Eté (prikly heat, miliaires).
      - Hiver (engelures, etc.).
    - Surmenage .
      - fatigues cérébrales.
        - actives (travail).
        - passives (émotions subies).
      - fatigues physiques.
      - — vénériennes.
      - — du système nerveux.
      - — du tube digestif.
      - — vocales, etc.
    - Professions sédentaires et logements insalubres (air confiné).
    - Fautes d'hygiène .
      - générale et surtout *alimentation*.
      - locale (propreté).
  - *b*) Évolution de la vie . . .
    - Age.
    - Dentition.
    - Menstruation.
    - Grossesse.
    - Ménopause.
  - *c*) Affections modifiant l'état général du malade et sa réceptivité morbide.
    - α) Maladies dites constitutionnelles . .
      - Anémie, chlorose.
      - Neurasthénie.
      - Névralgies.
      - Affections du système nerveux.
      - Dyscrasie acide (oxalurie, goutte, gravelle, lithiase biliaire, lithiase intestinale).
      - Migraine, asthme, bronchite chronique.
      - Rhumatisme chronique.
      - Diabète.
    - β) Maladies infectieuses (tuberculose, syphilis, morve, etc.).
    - γ) Maladies d'organes.
    - δ) Affections aiguës intercurrentes.

[1] Ce tableau a beaucoup de points de ressemblance avec le merveilleux tableau dressé par Duncan Bulkley pour l'étiologie de l'eczéma : nous l'avons largement utilisé.

II. — Causes déterminantes.

A. D'ORIGINE EXTERNE. Le *traumatisme* domine toute cette étiologie : *a*) Il agit par lui-même pour déterminer une lésion ; *b*) Il crée un locus minoris resistentiæ ; *c*) Il ouvre une porte d'entrée par effraction pour toutes les inoculations ; *d*) Il détermine l'explosion de l'affection latente. L'*hygiène* est une autre dominante.	1° *Agents atmosphériques* . . .		Chaleur, froid, humidité. Variations barométriques. Variations saisonnières.
	2° *Agents chimiques*	*a*) minéraux . .	Teintures de vêtements. Poudres : salol, iodoforme, etc. Lotions. { Formol. Sublimé. Acide phénique, etc. Dentifrices ; salol. Savons de toilette. Professions. Médicaments.
		b) végétaux. . .	Teintures de vêtements. Médicaments. Action directe des végétaux cueillis avec la main nue.
		c) animaux (*hygiène, propreté*).	Sueur et sébum (prépuce). Urine normale et surtout diabétique. Matières fécales. Mucus nasal. Mucus utérin et vaginal.
	3° *Agents mécaniques*	*Grattage*.	
		Frictions et traumatismes. . .	Professions. Objets de toilette. Bandages. Accidents.
	4° *Animaux*. . .	Poux, gale, etc.	
	5° *Végétaux*. . .	Trichophyton, achorion, etc.	
	6° *Microbes*. . .	Vaccination, etc.	
B. D'ORIGINE INTERNE.	1° *Alimentation défectueuse*. .	Excès de boisson ou de nourriture. Insuffisance. Mauvaise qualité (nourrissons).	
	2° *Assimilation et excrétions défectueuses* . .	Dyspepsie et surtout hyperchlorhydrie. Constipation, Troubles hépatiques. Troubles urinaires.	
	3° *Troubles du système nerveux*	*a*) Directs . . .	Épuisement, fatigue, surmenage. Choc nerveux { traumatique. moral.
		b) Réflexes . . .	D'origine gastro-intestinale. — utérine. — dentaire. — oculaire.
	4° *Troubles du système circulatoire*	Affections du cœur. — des artères. — des veines.	
	5° *Maladies d'organes divers* .	Poumons. Reins.	
		Organes génito-urinaires.	Menstruation. Ménopause. Grossesse. Affections utérines et péri-utérines.

Application de la théorie des Réactions cutanées à la classification des dermatoses. — Cette notion des réactions cutanées nous paraît pouvoir être appliquée, du moins provisoirement, et en attendant les découvertes futures, à la pathogénie de toutes ces éruptions dites d'origine interne, si importantes, que l'on n'a jamais pu grouper jusqu'ici d'une manière rationnelle.

Ces éruptions forment un énorme faisceau de faits, infinis dans leurs variétés objectives, ce qui se comprend, puisqu'ils dépendent des prédispositions de l'individu ; ils constituent toute une gamme insensible depuis le défaut de réaction cutanée jusqu'aux lichénifications presque éléphantiasiques, depuis l'urticaire simple jusqu'aux processus papulo-vésiculeux et vésiculo-bulleux les plus accentués, depuis les atrophies cutanées jusqu'aux hypertrophies des divers éléments constitutifs de la peau.

L'Étiologie permet, dans une certaine mesure, d'y distinguer les groupes suivants :

a) Affections dans lesquelles les troubles du système nerveux semblent jouer un rôle majeur ; ce sont les dermatoneuroses : à côté d'elles se rangent les dermatoses dites réflexes par lésions d'organes internes.

b) Affections semblant tenir à un trouble dans la nutrition normale des tissus, qu'elles soient congénitales ou acquises : il est à peine besoin de faire remarquer que ce groupe a d'intimes connexions avec le précédent.

c) Affections semblant tenir à une déviation du type normal des tissus et qui correspondent à une importante partie des tumeurs de la peau.

Une fois ces trois grands groupes de réactions cutanées éliminés, nous nous trouvons en présence d'un reliquat de dermatoses extrêmement importantes, jusqu'ici absolument inclassables et auxquelles nous avons donné le nom de *Réactions cutanées par excellence ou proprement dites*.

Examinons brièvement quelle est leur physionomie générale et quel est leur mode de production.

Étude d'ensemble des Réactions cutanées proprement dites [1]. — Quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur les dermatoses qui constituent ces réactions cutanées proprement dites, on s'aperçoit qu'elles peuvent être divisées en deux groupes suivant que le prurit joue ou ne joue pas un rôle majeur dans leur genèse.

A. Réactions cutanées proprement dites dans lesquelles le prurit semble être prééruptif, du moins dans la majorité des cas. — Jacquet a eu, après Cazenave et ses élèves, l'immense mérite de bien mettre en lumière ce fait d'une importance capitale que, dans un certain nombre d'éruptions, le prurit précède l'apparition de la lésion cutanée visible : « *le prurit est dans ces cas prééruptif* ».

Sous l'influence de causes que nous avons énumérées plus haut (intoxications accidentelles, auto-intoxications, secousses subies par le système nerveux, etc...), le sujet éprouve du prurit. Il se gratte ou se frotte, et les téguments réagissent suivant les prédispositions individuelles, probablement aussi suivant la cause première provocatrice du prurit.

Tantôt, comme dans le pruritus sine materiâ, dont le prototype est le prurit sénile, il ne se produit pas de lésions cutanées visibles, du moins pendant un laps

[1] Si l'on a bien compris ce qui précède, on voit que pour grouper ces éruptions, il faut s'en tenir au principe de Willan, à l'aspect objectif : ce n'est, en effet, que le seul aspect objectif de ces réactions cutanées qui, pour le moment, permet d'établir parmi elles des types cliniques.

Inutile d'ajouter que ces types cliniques sont artificiellement créés pour les besoins de la description, qu'ils sont délimités d'une manière arbitraire. Entre eux existent de nombreux faits de passage ; on en observe et on en observera incessamment de nouveaux, puisqu'ils sont l'expression de l'individualité des sujets (voir plus loin le chapitre *Classification*). Mais ils n'en sont pas moins acceptables parce qu'ils fixent des formes objectives réelles, différenciées au point de vue morphologique, du moins quand on examine des types à physionomie bien arrêtée.

de temps relativement assez long, puis peu à peu survient un certain degré d'acanthose et d'hypertrophie papillaire. Tantôt, comme dans le lichen simplex, les lésions anatomiques de la lichénification, hyperacanthose et hypertrophie papillaire, se développent avec plus ou moins de rapidité et d'intensité. Tantôt il se produit surtout de l'œdème des couches papillaires, avec ou sans diapédèse, ou pour mieux dire avec une diapédèse plus ou moins accentuée suivant les cas ; l'épiderme peut rester presque indemne ou s'œdématier : l'œdème peut être intracellulaire ou intercellulaire, avoir une importance variable, arriver ainsi à former des vésicules parenchymateuses ou interstitielles ; quand il se produit avec rapidité et grande intensité, il peut décoller l'épiderme par clivage, soit au niveau de sa jonction avec le corps papillaire, soit au-dessous de la couche cornée, et former des bulles superficielles ou profondes, etc... Ces lésions épidermiques s'accompagnent de lésions dermiques éminemment variables, elles aussi, mais dans lesquelles la diapédèse et les proliférations cellulaires jouent le rôle majeur : suivant le degré d'infiltrat, suivant la prédominance de telle ou telle variété de cellules, on peut bien distinguer des types, mais en réalité toute sorte de faits intermédiaires existent, et cela un peu suivant les causes occasionnelles des poussées éruptives, beaucoup suivant les réactions individuelles des sujets atteints.

Ces lésions anatomiques dans lesquelles la congestion joue un rôle capital, répondent, on le voit, aux lésions élémentaires dites lichénification, urticaire, papulo-vésicules du prurigo simplex, vésicules de l'eczéma vrai, de la dyshidrose, bulles de la dermatite polymorphe douloureuse.

Mais on comprend maintenant, sans qu'il soit besoin d'insister, que nous venons d'énumérer des types cliniques que nous créons artificiellement pour les besoins de la nomenclature, en essayant de fixer les formes objectives qui semblent avoir le cachet le plus particulier, le plus spécial : mais qu'en réalité, entre tous ces types que nous choisissons comme points de repère, comme jalons descriptifs, il y a d'infinies variétés objectives, constituant des faits de passage et dépendant des réactions cutanées particulières à chaque individu.

Ces éruptions post-prurigineuses constituent donc, comme nous l'avons démontré pour la première fois en 1892, un groupe naturel : c'est notre premier groupe de nos réactions cutanées proprement dites.

B. Réactions cutanées proprement dites dans lesquelles le prurit, quand il existe, ne constitue qu'un simple symptôme. — Ce groupe est bien moins nettement défini que le premier. Nous n'avons en effet ici comme critérium pour y ranger des dermatoses que les éléments suivants : 1° l'absence d'un microbe ou d'un parasite quelconque pathogène connu ; 2° l'absence d'une étiologie autre, telle que lésion du système nerveux, troubles de développement, etc... ; 3° la possibilité pour les dermatoses que nous y faisons rentrer d'alterner chez le même sujet avec d'autres manifestations cutanées et viscérales.

Nous ne nous dissimulons pas que ces bases prêtent à la discussion, et il est fort possible que ce deuxième groupe des réactions cutanées proprement dites disparaisse peu à peu, du moins en partie, à mesure que la science progressera [1].

Constitution du deuxième groupe des réactions cutanées proprement dites. — Malgré ces restrictions, nous retrouvons ici à peu près les mêmes lésions anato-

[1] Voir plus loin la discussion de la composition de ce groupe.

miques que dans le premier groupe. Il peut y avoir congestion du derme et de l'hypoderme, avec dilatation des vaisseaux, issue de sérosité, diapédèse, ce qui constitue la lésion des érythèmes ; vésiculation comme dans l'herpès, phlycténisation comme dans le Pemphigus vrai ; infiltration péri-vasculaire, acanthose, parakératose, desquamation épidermique, avec d'infinies variétés suivant les cas, comme dans la série des psoriasis, du pityriasis rubra pilaris, des parapsoriasis, des parakératoses psoriasiformes.

2° Réactions cutanées dans lesquelles les troubles du système nerveux semblent jouer un role majeur. — Ce groupe est encore mal connu et mal délimité.

Il est mal connu, car on ne fait que soupçonner l'origine nerveuse des diverses sclérodermies, celle des atrophies cutanées, celle de certaines dermatoses que l'on rattache à l'hystérie ; on ne sait si on doit y ranger le zona ou le mettre dans les dermatoses microbiennes.

Il est mal délimité, car dans la lèpre, dans la syphilis, dans d'autres grandes affections de nature infectieuse, il peut y avoir des éruptions par lésions nerveuses ; mais la cause première en est l'agent infectieux; et par suite ces dermatoses, tout en étant de nature trophique, doivent être rattachées aux maladies microbiennes.

En réalité on peut dire qu'en dermatologie, comme dans toute la pathologie, la trophonévrose existe partout. Mais il ne suffit pas de retrouver dans une dermatose un mode pathogénique se reliant à une modification quelconque du système nerveux pour qu'on soit en droit de la classifier d'emblée dans le groupe dit des trophonévroses. Il faut pour cela que ladite lésion du système nerveux soit primitive, primordiale, et non secondaire soit à une infection définie, soit à une maladie microbienne ou parasitaire.

La syringomyélie est le type même des dermatoses d'origine nerveuse vraie.

Ce groupe est donc des plus discutables. Nous y rangeons beaucoup d'affections cutanées qui très probablement en seront ultérieurement retirées.

3° Réactions cutanées tenant a un trouble de la nutrition normale des tissus. — Nombre de dermatoses semblent dépendre d'une exagération ou d'une diminution dans le processus normal de développement des tissus. Ces anomalies se produisent presque toujours sous des influences assez mal connues; elles sont acquises ou héréditaires est congénitales.

A. *Acquises*, elles comprennent toutes les hypertrophies et toutes les atrophies des tissus dermiques; épidermiques et de leurs annexes.

B. *Congénitales*, elles répondent à la grande classe des *Difformités cutanées*.

Celles-ci peuvent porter sur l'épiderme, sur ses annexes (glandes cutanées, poils et ongles) suivant un processus d'atrophie ou d'hypertrophie (alopécies congénitales, xérodermie, etc...).

Elles peuvent intéresser les téguments dans leur totalité comme dans les diverses dermatoses rangées sous le nom de nævi. Il est inutile d'insister plus longuement sur ce groupe de faits dont nous ignorons totalement la pathogénie.

Faisons simplement remarquer que ses limites sont beaucoup moins précises qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Ces lésions subissent en effet souvent une évolution lente, mais réelle, de telle sorte qu'il existe toute une série de faits

de passage entre elles et les tumeurs cutanées d'une part, entre elles et certaines dermatoses vaso-motrices et auto-toxiques d'autre part [1].

4° Réactions cutanées caractérisées par une déviation du type normal des tissus. — Il y a un certain nombre d'affections cutanées qui semblent dériver de déviations du type normal des tissus qui se font sous des influences encore inconnues. Il se produit dans ces cas une sorte d'anarchie cellulaire (Benecke). Nous pouvons provisoirement ranger dans ce groupe, fort mal défini d'ailleurs, nous le reconnaissons, les néoplasies cutanées dont l'origine microbienne n'est pas encore démontrée.

RÉSUMÉ ÉTIOLOGIQUE

Tout ce qui précède démontre qu'en s'appuyant sur l'Étiologie et la Pathogénie des dermatoses on peut les grouper de la manière suivante :

Premier groupe. — **Entités morbides vraies.**

Il comprend les classes suivantes :

Classe I. — Dermatoses artificielles

Elles se subdivisent en deux ordres, qui sont :

A. *Les dermatoses traumatiques d'origine externe* (Eruptions artificielles de cause externe). — Elles sont dues à l'action directe traumatique d'un corps étranger ; mais il faut tenir compte, comme nous l'avons vu, de la vulnérabilité des téguments, du mode particulier de réaction que peut avoir chaque organisme en présence du même agent, enfin de l'intoxication générale possible de l'économie par la substance nuisible, ce qui établit la transition avec l'ordre suivant.

B. *Les dermatoses provoquées par l'introduction dans l'économie de substances nuisibles, aliments ou médicaments* (Eruptions artificielles de cause interne ou pathogénétiques de Bazin). — Ici dominent les idiosyncrasies ; et, en réalité, ces dermatoses ont d'étroits rapports avec les réactions cutanées proprement dites.

Classe II. — Dermatoses parasitaires

Elles se subdivisent en deux ordres qui sont :

A. *Les dermatoses causées par les parasites animaux.*

B. *Les dermatoses causées par les parasites végétaux.*

Classe III. — Dermatoses microbiennes

A. *Les dermatoses microbiennes à microbes hautement spécifiés et connus.*

B. *Les dermatoses microbiennes à microbes très probablement hautement spé-*

[1] Voir pour plus de détails la thèse de Lenglet : *vue d'ensemble sur quelques dermatoses congénitales*. Paris, 1902.

cifiés, mais encore inconnus. — Il y a des dermatoses qui sont infectieuses, contagieuses, inoculables, et dont on ne connaît pas l'agent pathogène qui doit cependant exister. Cet ordre est logiquement destiné à disparaître : ce n'est qu'un groupe d'attente.

C. *Les dermatoses microbiennes à microbes banaux.* — Un grand nombre de dermatoses semblent reconnaître pour cause des microbes banals de la peau qui ne deviennent pathogènes que dans certaines circonstances particulières, encore assez mal connues dans beaucoup de cas.

Parmi ces agents nous citerons les streptocoques, les staphylocoques divers, le microbacille de la séborrhée, etc..., donnant lieu au furoncle, à l'anthrax, aux folliculites, à l'acné, à l'ecthyma, à l'impétigo, etc..., toutes affections qui dans une certaine mesure peuvent elles aussi, comme les réactions cutanées vraies, se développer sous l'influence de prédispositions morbides individuelles des plus accentuées et jouer dans la scène pathologique d'un sujet le même rôle que les réactions cutanées vraies, avec lesquelles elles se combinent d'ailleurs très fréquemment. En effet un microbe en traumatisant un point quelconque des téguments, peut y créer un locus minoris resistentiæ, et y faciliter l'inoculation et l'évolution d'un autre microbe soit par suite de la simple effraction de l'épiderme qu'il provoque, soit par une modification spéciale qu'il imprime au terrain en le rendant favorable à l'évolution de cet autre microbe : il peut aussi y créer un point d'appel pour des éruptions d'origine purement constitutionnelle, d'où cette anomalie, en apparence inexplicable et cependant fort logique, d'éruptions à type microbien qui se compliquent parfois de poussées eczémateuses ou prurigineuses lichénifiées à type goutteux pur[1].

Il est en outre inutile d'insister sur le rôle capital que joue le traumatisme dans le développement de toutes les dermatoses microbiennes, soit qu'il agisse par simple effraction de l'épiderme, soit qu'il imprime à l'organisme des modifications générales qui le rendent apte à la germination de l'agent pathogène.

Deuxième groupe. — **Réactions cutanées.**

Il comprend les classes suivantes :

Classe I. — Réactions cutanées proprement dites

Ce sont des éruptions qui semblent résulter uniquement des prédispositions individuelles en tant que causes premières, mais qui se développent sous l'influence de causes occasionnelles multiples qui les mettent en jeu, traumatismes

[1] Il est également possible, mais c'est là une simple hypothèse que nous avons formulée en 1893, que des parasites évoluant sur une surface cutanée enflammée, comme sur certaines séborrhéides eczématisées par exemple, produisent des substances toxiques qui sont absorbées par les téguments, infectent l'organisme et donnent lieu à une éruption secondaire généralisée, ou tout au moins çà et là disséminée, n'ayant plus les caractères de la dermatose primitive, mais ceux d'une éruption d'origine interne. Cette hypothèse nous semble être à l'heure actuelle celle qui peut le mieux expliquer ces faits dans lesquels on voit une ou plusieurs plaques de séborrhéides eczématisées du podex, du cuir chevelu, des plis articulaires, etc..., se compliquer brusquement d'une éruption de petits éléments multiples, çà et là disséminés sur toute la surface du corps, constituant une sorte d'éruption secondaire à type de parakératose psoriasiforme, voisine du pityriasis rosé de Gibert, et qui disparaît pour ainsi dire spontanément en quelques semaines sous l'influence de simples soins d'hygiène généraux et locaux.

divers, infections parasitaires et microbiennes, intoxications accidentelles, lésions d'organes, modifications subies par le système nerveux, etc...

Elles se subdivisent en deux ordres qui sont :

A. *Les Réactions cutanées proprement dites à prurit prééruptif*, telles que l'urticaire, les lichens vrais, les prurigos, l'eczéma, les dermatites polymorphes douloureuses, etc...

B. *Les Réactions cutanées proprement dites dans lesquelles le prurit, quand il existe, ne constitue qu'un simple symptôme*, telles que les érythèmes, les psoriasis, etc...

Classe II. — Réactions cutanées dans lesquelles les troubles du système nerveux semblent jouer un rôle majeur

(*Éruptions d'ordre trophique.*)

A côté des Dermatoneuroses ou trophoneuroses proprement dites, il convient de ranger toute une série d'éruptions mal définies dites d'ordre réflexe, provenant de lésions d'organes internes [1], mais dont la pathogénie est fort complexe, et qui ne sont en réalité nullement dignes de l'épithète de trophiques ou nerveuses.

Classe III. — Réactions cutanées caractérisées par des troubles dans la nutrition normale des tissus

Elles se subdivisent en deux ordres, qui sont :

A. *Les hypertrophies et les atrophies acquises des tissus dermiques, épidermiques et de leurs annexes.*

B. *Les difformités congénitales.*

Ce sont les altérations en plus ou en moins du pigment cutané, des poils, des ongles, etc.

Classe IV. — Réactions cutanées caractérisées par une déviation du type normal des tissus

Ce sont les tumeurs amicrobiennes de la peau.

Malgré les difficultés capitales qui résultent de l'état actuel d'imperfection de la science médicale, et de ce fait majeur, que, lorsqu'on analyse la vie humaine, on se heurte à une complexité souvent inextricable d'éléments constitutifs, nous nous efforcerons d'établir notre classification des dermatoses sur les bases précédentes. Nous aurons soin, chemin faisant, d'en faire ressortir les desiderata et les points défectueux.

[1] Ces lésions peuvent agir :

a) Soit par des *troubles circulatoires mécaniques*, comme le font surtout les lésions du système cardio-vasculaire et pulmonaire (purpura, eschares, gangrènes, asphyxie locale, œdèmes cutanés, varices et télangiectasies, etc...) ;

b) Soit *par voie réflexe*, comme le font si souvent les lésions du tube digestif et surtout celles des organes génito-urinaires, de l'utérus en particulier, dont les moindres troubles (menstruation, ménopause, etc...) retentissent fréquemment sur l'appareil tégumentaire ;

c) Soit par une viciation lente et progressive de l'état général, comme on l'observe dans beaucoup d'affections chroniques des reins, du tube digestif et de ses annexes ;

d) Soit enfin par des troubles purement dynamiques du système nerveux.

COMPLEXITÉ POSSIBLE DES DERMATOSES

(*Combinaison des réactions cutanées avec les entités morbides vraies.*)

Une dermatose peut évoluer à l'état pur : cela est exact pour les entités morbides vraies comme la gale, la trichophytie, la tuberculose, etc., et pour les réactions cutanées pures. Certaines d'entre elles ont plus de tendance que les autres à évoluer à l'état parfaitement pur : c'est ainsi que, parmi les entités morbides vraies, le favus, le pityriasis versicolor, etc., parmi les réactions cutanées proprement dites, le prurigo simplex, se compliquent rarement d'autres éruptions. Certaines autres ont au contraire une tendance plus ou moins marquée à se compliquer d'autres manifestations morbides. C'est ainsi que la gale, qui est une maladie parasitaire bien définie, qui offre une lésion cutanée absolument pathognomonique, le sillon de l'acare, peut provoquer l'apparition, suivant les réactions particulières du sujet atteint, ou de l'urticaire, ou des papules de prurigo, ou de l'eczéma, etc., toutes éruptions qui ne sont que des réactions cutanées pures. Elle peut aussi, suivant les prédispositions du sujet aux infections secondaires, se compliquer d'ecthyma, de furoncles, etc., toutes éruptions nettement microbiennes, de séborrhéides, affections probablement microbiennes.

On voit donc qu'il peut y avoir dans les entités morbides vraies, à étiologie précise, intrication des éruptions pathognomoniques de l'agent causal avec des éruptions de réaction cutanée dépendant du sujet. Ce point est d'une importance capitale : il permet de comprendre qu'une maladie bien définie comme la gale, comme la syphilis, puisse prendre des aspects divers suivant les prédispositions morbides des sujets atteints. En outre, des réactions cutanées d'ordre banal peuvent venir se greffer sur les lésions d'ordre spécifique, les compliquer, les rendre plus tenaces, ou même les larver.

Comme nous l'avons dit plus haut, toute cause morbide peut mettre en œuvre ces réactions cutanées individuelles, et cela est vrai non seulement pour les causes morbides générales, comme les intoxications, les auto-intoxications banales, les chocs subis par le système nerveux, mais encore pour les dermatoses bien définies.

L'impétigo de Tilbury Fox par exemple, qui est une dermatose éminemment microbienne, provoque souvent l'apparition de réactions cutanées banales comme l'eczéma, comme la lichénification. Les plus grandes complexités éruptives peuvent exister; il est nécessaire d'avoir une méthode d'observation rigoureuse pour saisir la genèse et la filiation véritable de ces faits.

Il est fréquent de voir les affections cutanées se combiner, se superposer, s'intriquer entre elles, et c'est là l'explication de nombreuses éruptions en apparence anormales. On a souvent de la tendance à considérer ces cas mixtes comme étant des types nouveaux. Nous nous sommes déjà longuement occupé de ces dermatoses composées et compliquées dans nos diverses publications, en particulier dans nos mémoires sur la question des eczémas et sur leur nummularisation. Nous allons les schématiser pour en faire comprendre la constitution.

Premier ordre de faits. — *Une dermatose peut être mixte parce qu'elle se développe sur un état anormal antérieur des téguments.*

Les xérodermiques, les ichthyosiques sont prédisposés aux prurits, et, sur ce fond spécial, l'eczéma se développe avec la plus grande facilité.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Deuxième cas de fait. — Une détermination peut être une composante [illegible] par la [illegible] du même moment sur le même sujet. Il [illegible] objets [illegible] de la même [illegible] [illegible] de plusieurs [illegible] différents.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Troisième cas de fait. — Deux ou plusieurs déterminations [illegible] peuvent se superposer. Une détermination [illegible] peut se superposer à une détermination [illegible] [illegible] et [illegible].

[illegible]

[illegible]

Quatrième cas de fait. — Les [illegible] [illegible] se [illegible] [illegible] sur des [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible].

[illegible]

Ces éruptions forment un énorme faisceau de faits, infinis dans leurs variétés objectives, ce qui se comprend, puisqu'ils dépendent des prédispositions de l'individu; ils constituent toute une gamme insensible depuis le défaut de réaction cutanée jusqu'aux lichénifications presque éléphantiasiques, depuis l'urticaire simple jusqu'aux processus papulo-vésiculeux et vésiculo-bulleux les plus accentués, depuis les atrophies cutanées jusqu'aux hypertrophies des divers éléments constitutifs de la peau.

L'Étiologie permet, dans une certaine mesure, d'y distinguer les groupes suivants :

a) Affections dans lesquelles les troubles du système nerveux semblent jouer un rôle majeur; ce sont les dermatoneuroses : à côté d'elles se rangent les dermatoses dites réflexes par lésions d'organes internes.

b) Affections semblant tenir à un trouble dans la nutrition normale des tissus, qu'elles soient congénitales ou acquises : il est à peine besoin de faire remarquer que ce groupe a d'intimes connexions avec le précédent.

c) Affections semblant tenir à une déviation du type normal des tissus et qui correspondent à une importante partie des tumeurs de la peau.

Une fois ces trois grands groupes de réactions cutanées éliminés, nous nous trouvons en présence d'un reliquat de dermatoses extrêmement importantes, jusqu'ici absolument inclassables et auxquelles nous avons donné le nom de *Réactions cutanées par excellence ou proprement dites*.

Examinons brièvement quelle est leur physionomie générale et quel est leur mode de production.

Étude d'ensemble des Réactions cutanées proprement dites [1]. — Quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur les dermatoses qui constituent ces réactions cutanées proprement dites, on s'aperçoit qu'elles peuvent être divisées en deux groupes suivant que le prurit joue ou ne joue pas un rôle majeur dans leur genèse.

A. Réactions cutanées proprement dites dans lesquelles le prurit semble être prééruptif, du moins dans la majorité des cas. — Jacquet a eu, après Cazenave et ses élèves, l'immense mérite de bien mettre en lumière ce fait d'une importance capitale que, dans un certain nombre d'éruptions, le prurit précède l'apparition de la lésion cutanée visible : « *le prurit est dans ces cas prééruptif* ».

Sous l'influence de causes que nous avons énumérées plus haut (intoxications accidentelles, auto-intoxications, secousses subies par le système nerveux, etc...), le sujet éprouve du prurit. Il se gratte ou se frotte, et les téguments réagissent suivant les prédispositions individuelles, probablement aussi suivant la cause première provocatrice du prurit.

Tantôt, comme dans le pruritus sine materiâ, dont le prototype est le prurit sénile, il ne se produit pas de lésions cutanées visibles, du moins pendant un laps

[1] Si l'on a bien compris ce qui précède, on voit que pour grouper ces éruptions, il faut s'en tenir au principe de Willan, à l'aspect objectif : ce n'est, en effet, que le seul aspect objectif de ces réactions cutanées qui, pour le moment, permet d'établir parmi elles des types cliniques.

Inutile d'ajouter que ces types cliniques sont artificiellement créés pour les besoins de la description, qu'ils sont délimités d'une manière arbitraire. Entre eux existent de nombreux faits de passage; on en observe et on en observera incessamment de nouveaux, puisqu'ils sont l'expression de l'individualité des sujets (voir plus loin le chapitre *Classification*). Mais ils n'en sont pas moins acceptables parce qu'ils fixent des formes objectives réelles, différenciées au point de vue morphologique, du moins quand on examine des types à physionomie bien arrêtée.

de temps relativement assez long, puis peu à peu survient un certain degré d'acanthose et d'hypertrophie papillaire. Tantôt, comme dans le lichen simplex, les lésions anatomiques de la lichénification, hyperacanthose et hypertrophie papillaire, se développent avec plus ou moins de rapidité et d'intensité. Tantôt il se produit surtout de l'œdème des couches papillaires, avec ou sans diapédèse, ou pour mieux dire avec une diapédèse plus ou moins accentuée suivant les cas ; l'épiderme peut rester presque indemne ou s'œdématier : l'œdème peut être intracellulaire ou intercellulaire, avoir une importance variable, arriver ainsi à former des vésicules parenchymateuses ou interstitielles ; quand il se produit avec rapidité et grande intensité, il peut décoller l'épiderme par clivage, soit au niveau de sa jonction avec le corps papillaire, soit au-dessous de la couche cornée, et former des bulles superficielles ou profondes, etc... Ces lésions épidermiques s'accompagnent de lésions dermiques éminemment variables, elles aussi, mais dans lesquelles la diapédèse et les proliférations cellulaires jouent le rôle majeur : suivant le degré d'infiltrat, suivant la prédominance de telle ou telle variété de cellules, on peut bien distinguer des types, mais en réalité toute sorte de faits intermédiaires existent, et cela un peu suivant les causes occasionnelles des poussées éruptives, beaucoup suivant les réactions individuelles des sujets atteints.

Ces lésions anatomiques dans lesquelles la congestion joue un rôle capital, répondent, on le voit, aux lésions élémentaires dites lichénification, urticaire, papulo-vésicules du prurigo simplex, vésicules de l'eczéma vrai, de la dyshidrose, bulles de la dermatite polymorphe douloureuse.

Mais on comprend maintenant, sans qu'il soit besoin d'insister, que nous venons d'énumérer des types cliniques que nous créons artificiellement pour les besoins de la nomenclature, en essayant de fixer les formes objectives qui semblent avoir le cachet le plus particulier, le plus spécial ; mais qu'en réalité, entre tous ces types que nous choisissons comme points de repère, comme jalons descriptifs, il y a d'infinies variétés objectives, constituant des faits de passage et dépendant des réactions cutanées particulières à chaque individu.

Ces éruptions post-prurigineuses constituent donc, comme nous l'avons démontré pour la première fois en 1892, un groupe naturel : c'est notre premier groupe de nos réactions cutanées proprement dites.

B. Réactions cutanées proprement dites dans lesquelles le prurit, quand il existe, ne constitue qu'un simple symptôme. — Ce groupe est bien moins nettement défini que le premier. Nous n'avons en effet ici comme critérium pour y ranger des dermatoses que les éléments suivants : 1° l'absence d'un microbe ou d'un parasite quelconque pathogène connu ; 2° l'absence d'une étiologie autre, telle que lésion du système nerveux, troubles de développement, etc... ; 3° la possibilité pour les dermatoses que nous y faisons rentrer d'alterner chez le même sujet avec d'autres manifestations cutanées et viscérales.

Nous ne nous dissimulons pas que ces bases prêtent à la discussion, et il est fort possible que ce deuxième groupe des réactions cutanées proprement dites disparaisse peu à peu, du moins en partie, à mesure que la science progressera [1].

Constitution du deuxième groupe des réactions cutanées proprement dites. — Malgré ces restrictions, nous retrouvons ici à peu près les mêmes lésions anato-

[1] Voir plus loin la discussion de la composition de ce groupe.

miques que dans le premier groupe. Il peut y avoir congestion du derme et de l'hypoderme, avec dilatation des vaisseaux, issue de sérosité, diapédèse, ce qui constitue la lésion des érythèmes ; vésiculation comme dans l'herpès, phlycténisation comme dans le Pemphigus vrai ; infiltration péri-vasculaire, acanthose, parakératose, desquamation épidermique, avec d'infinies variétés suivant les cas, comme dans la série des psoriasis, du pityriasis rubra pilaris, des parapsoriasis, des parakératoses psoriasiformes.

2° Réactions cutanées dans lesquelles les troubles du système nerveux semblent jouer un role majeur. — Ce groupe est encore mal connu et mal délimité.

Il est mal connu, car on ne fait que soupçonner l'origine nerveuse des diverses sclérodermies, celle des atrophies cutanées, celle de certaines dermatoses que l'on rattache à l'hystérie ; on ne sait si on doit y ranger le zona ou le mettre dans les dermatoses microbiennes.

Il est mal délimité, car dans la lèpre, dans la syphilis, dans d'autres grandes affections de nature infectieuse, il peut y avoir des éruptions par lésions nerveuses ; mais la cause première en est l'agent infectieux; et par suite ces dermatoses, tout en étant de nature trophique, doivent être rattachées aux maladies microbiennes.

En réalité on peut dire qu'en dermatologie, comme dans toute la pathologie, la trophonévrose existe partout. Mais il ne suffit pas de retrouver dans une dermatose un mode pathogénique se reliant à une modification quelconque du système nerveux pour qu'on soit en droit de la classifier d'emblée dans le groupe dit des trophonévroses. Il faut pour cela que ladite lésion du système nerveux soit primitive, primordiale, et non secondaire soit à une infection définie, soit à une maladie microbienne ou parasitaire.

La syringomyélie est le type même des dermatoses d'origine nerveuse vraie.

Ce groupe est donc des plus discutables. Nous y rangeons beaucoup d'affections cutanées qui très probablement en seront ultérieurement retirées.

3° Réactions cutanées tenant a un trouble de la nutrition normale des tissus. — Nombre de dermatoses semblent dépendre d'une exagération ou d'une diminution dans le processus normal de développement des tissus. Ces anomalies se produisent presque toujours sous des influences assez mal connues; elles sont acquises ou héréditaires est congénitales.

A. *Acquises*, elles comprennent toutes les hypertrophies et toutes les atrophies des tissus dermiques; épidermiques et de leurs annexes.

B. *Congénitales*, elles répondent à la grande classe des *Difformités cutanées*.

Celles-ci peuvent porter sur l'épiderme, sur ses annexes (glandes cutanées, poils et ongles) suivant un processus d'atrophie ou d'hypertrophie (alopécies congénitales, xérodermie, etc...).

Elles peuvent intéresser les téguments dans leur totalité comme dans les diverses dermatoses rangées sous le nom de nævi. Il est inutile d'insister plus longuement sur ce groupe de faits dont nous ignorons totalement la pathogénie.

Faisons simplement remarquer que ses limites sont beaucoup moins précises qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Ces lésions subissent en effet souvent une évolution lente, mais réelle, de telle sorte qu'il existe toute une série de faits

de temps relativement assez long, puis peu à peu survient un certain degré d'acanthose et d'hypertrophie papillaire. Tantôt, comme dans le lichen simplex, les lésions anatomiques de la lichénification, hyperacanthose et hypertrophie papillaire, se développent avec plus ou moins de rapidité et d'intensité. Tantôt il se produit surtout de l'œdème des couches papillaires, avec ou sans diapédèse, ou pour mieux dire avec une diapédèse plus ou moins accentuée suivant les cas ; l'épiderme peut rester presque indemne ou s'œdématier : l'œdème peut être intracellulaire ou intercellulaire, avoir une importance variable, arriver ainsi à former des vésicules parenchymateuses ou interstitielles ; quand il se produit avec rapidité et grande intensité, il peut décoller l'épiderme par clivage, soit au niveau de sa jonction avec le corps papillaire, soit au-dessous de la couche cornée, et former des bulles superficielles ou profondes, etc... Ces lésions épidermiques s'accompagnent de lésions dermiques éminemment variables, elles aussi, mais dans lesquelles la diapédèse et les proliférations cellulaires jouent le rôle majeur : suivant le degré d'infiltrat, suivant la prédominance de telle ou telle variété de cellules, on peut bien distinguer des types, mais en réalité toute sorte de faits intermédiaires existent, et cela un peu suivant les causes occasionnelles des poussées éruptives, beaucoup suivant les réactions individuelles des sujets atteints.

Ces lésions anatomiques dans lesquelles la congestion joue un rôle capital, répondent, on le voit, aux lésions élémentaires dites lichénification, urticaire, papulo-vésicules du prurigo simplex, vésicules de l'eczéma vrai, de la dyshidrose, bulles de la dermatite polymorphe douloureuse.

Mais on comprend maintenant, sans qu'il soit besoin d'insister, que nous venons d'énumérer des types cliniques que nous créons artificiellement pour les besoins de la nomenclature, en essayant de fixer les formes objectives qui semblent avoir le cachet le plus particulier, le plus spécial ; mais qu'en réalité, entre tous ces types que nous choisissons comme points de repère, comme jalons descriptifs, il y a d'infinies variétés objectives, constituant des faits de passage et dépendant des réactions cutanées particulières à chaque individu.

Ces éruptions post-prurigineuses constituent donc, comme nous l'avons démontré pour la première fois en 1892, un groupe naturel : c'est notre premier groupe de nos réactions cutanées proprement dites.

B. Réactions cutanées proprement dites dans lesquelles le prurit, quand il existe, ne constitue qu'un simple symptôme. — Ce groupe est bien moins nettement défini que le premier. Nous n'avons en effet ici comme critérium pour y ranger des dermatoses que les éléments suivants : 1° l'absence d'un microbe ou d'un parasite quelconque pathogène connu ; 2° l'absence d'une étiologie autre, telle que lésion du système nerveux, troubles de développement, etc... ; 3° la possibilité pour les dermatoses que nous y faisons rentrer d'alterner chez le même sujet avec d'autres manifestations cutanées et viscérales.

Nous ne nous dissimulons pas que ces bases prêtent à la discussion, et il est fort possible que ce deuxième groupe des réactions cutanées proprement dites disparaisse peu à peu, du moins en partie, à mesure que la science progressera [1].

Constitution du deuxième groupe des réactions cutanées proprement dites. — Malgré ces restrictions, nous retrouvons ici à peu près les mêmes lésions anato-

[1] Voir plus loin la discussion de la composition de ce groupe.

cifiés, mais encore inconnus. — Il y a des dermatoses qui sont infectieuses, contagieuses, inoculables, et dont on ne connaît pas l'agent pathogène qui doit cependant exister. Cet ordre est logiquement destiné à disparaître : ce n'est qu'un groupe d'attente.

C. *Les dermatoses microbiennes à microbes banaux.* — Un grand nombre de dermatoses semblent reconnaître pour cause des microbes banals de la peau qui ne deviennent pathogènes que dans certaines circonstances particulières, encore assez mal connues dans beaucoup de cas.

Parmi ces agents nous citerons les streptocoques, les staphylocoques divers, le microbacille de la séborrhée, etc..., donnant lieu au furoncle, à l'anthrax, aux folliculites, à l'acné, à l'ecthyma, à l'impétigo, etc..., toutes affections qui dans une certaine mesure peuvent elles aussi, comme les réactions cutanées vraies, se développer sous l'influence de prédispositions morbides individuelles des plus accentuées et jouer dans la scène pathologique d'un sujet le même rôle que les réactions cutanées vraies, avec lesquelles elles se combinent d'ailleurs très fréquemment. En effet un microbe en traumatisant un point quelconque des téguments, peut y créer un locus minoris resistentiæ, et y faciliter l'inoculation et l'évolution d'un autre microbe soit par suite de la simple effraction de l'épiderme qu'il provoque, soit par une modification spéciale qu'il imprime au terrain en le rendant favorable à l'évolution de cet autre microbe : il peut aussi y créer un point d'appel pour des éruptions d'origine purement constitutionnelle, d'où cette anomalie, en apparence inexplicable et cependant fort logique, d'éruptions à type microbien qui se compliquent parfois de poussées eczémateuses ou prurigineuses lichénifiées à type goutteux pur[1].

Il est en outre inutile d'insister sur le rôle capital que joue le traumatisme dans le développement de toutes les dermatoses microbiennes, soit qu'il agisse par simple effraction de l'épiderme, soit qu'il imprime à l'organisme des modifications générales qui le rendent apte à la germination de l'agent pathogène.

Deuxième groupe. — **Réactions cutanées.**

Il comprend les classes suivantes :

Classe I. — Réactions cutanées proprement dites

Ce sont des éruptions qui semblent résulter uniquement des prédispositions individuelles en tant que causes premières, mais qui se développent sous l'influence de causes occasionnelles multiples qui les mettent en jeu, traumatismes

[1] Il est également possible, mais c'est là une simple hypothèse que nous avons formulée en 1893, que des parasites évoluant sur une surface cutanée enflammée, comme sur certaines séborrhéides eczématisées par exemple, produisent des substances toxiques qui sont absorbées par les téguments, infectent l'organisme et donnent lieu à une éruption secondaire généralisée, ou tout au moins çà et là disséminée, n'ayant plus les caractères de la dermatose primitive, mais ceux d'une éruption d'origine interne. Cette hypothèse nous semble être à l'heure actuelle celle qui peut le mieux expliquer ces faits dans lesquels on voit une ou plusieurs plaques de séborrhéides eczématisées du podex, du cuir chevelu, des plis articulaires, etc..., se compliquer brusquement d'une éruption de petits éléments multiples, çà et là disséminés sur toute la surface du corps, constituant une sorte d'éruption secondaire à type de parakératose psoriasiforme, voisine du pityriasis rosé de Gibert, et qui disparaît pour ainsi dire spontanément en quelques semaines sous l'influence de simples soins d'hygiène généraux et locaux.

de passage entre elles et les tumeurs cutanées d'une part, entre elles et certaines dermatoses vaso-motrices et auto-toxiques d'autre part [1].

4° Réactions cutanées caractérisées par une déviation du type normal des tissus. — Il y a un certain nombre d'affections cutanées qui semblent dériver de déviations du type normal des tissus qui se font sous des influences encore inconnues. Il se produit dans ces cas une sorte d'anarchie cellulaire (Benecke). Nous pouvons provisoirement ranger dans ce groupe, fort mal défini d'ailleurs, nous le reconnaissons, les néoplasies cutanées dont l'origine microbienne n'est pas encore démontrée.

RÉSUMÉ ÉTIOLOGIQUE

Tout ce qui précède démontre qu'en s'appuyant sur l'Étiologie et la Pathogénie des dermatoses on peut les grouper de la manière suivante :

Premier groupe. — **Entités morbides vraies.**

Il comprend les classes suivantes :

Classe I. — Dermatoses artificielles

Elles se subdivisent en deux ordres, qui sont :

A. *Les dermatoses traumatiques d'origine externe* (Eruptions artificielles de cause externe). — Elles sont dues à l'action directe traumatique d'un corps étranger ; mais il faut tenir compte, comme nous l'avons vu, de la vulnérabilité des téguments, du mode particulier de réaction que peut avoir chaque organisme en présence du même agent, enfin de l'intoxication générale possible de l'économie par la substance nuisible, ce qui établit la transition avec l'ordre suivant.

B. *Les dermatoses provoquées par l'introduction dans l'économie de substances nuisibles, aliments ou médicaments* (Eruptions artificielles de cause interne ou pathogénétiques de Bazin). — Ici dominent les idiosyncrasies ; et, en réalité, ces dermatoses ont d'étroits rapports avec les réactions cutanées proprement dites.

Classe II. — Dermatoses parasitaires

Elles se subdivisent en deux ordres qui sont :

A. *Les dermatoses causées par les parasites animaux.*

B. *Les dermatoses causées par les parasites végétaux.*

Classe III. — Dermatoses microbiennes

A. *Les dermatoses microbiennes à microbes hautement spécifiés et connus.*

B. *Les dermatoses microbiennes à microbes très probablement hautement spé-*

[1] Voir pour plus de détails la thèse de Lenglet : *vue d'ensemble sur quelques dermatoses congénitales.* Paris, 1902.

cifiés, mais encore inconnus. — Il y a des dermatoses qui sont infectieuses, contagieuses, inoculables, et dont on ne connaît pas l'agent pathogène qui doit cependant exister. Cet ordre est logiquement destiné à disparaître : ce n'est qu'un groupe d'attente.

C. *Les dermatoses microbiennes à microbes banaux.* — Un grand nombre de dermatoses semblent reconnaître pour cause des microbes banals de la peau qui ne deviennent pathogènes que dans certaines circonstances particulières, encore assez mal connues dans beaucoup de cas.

Parmi ces agents nous citerons les streptocoques, les staphylocoques divers, le microbacille de la séborrhée, etc..., donnant lieu au furoncle, à l'anthrax, aux folliculites, à l'acné, à l'ecthyma, à l'impétigo, etc..., toutes affections qui dans une certaine mesure peuvent elles aussi, comme les réactions cutanées vraies, se développer sous l'influence de prédispositions morbides individuelles des plus accentuées et jouer dans la scène pathologique d'un sujet le même rôle que les réactions cutanées vraies, avec lesquelles elles se combinent d'ailleurs très fréquemment. En effet un microbe en traumatisant un point quelconque des téguments, peut y créer un locus minoris resistentiæ, et y faciliter l'inoculation et l'évolution d'un autre microbe soit par suite de la simple effraction de l'épiderme qu'il provoque, soit par une modification spéciale qu'il imprime au terrain en le rendant favorable à l'évolution de cet autre microbe : il peut aussi y créer un point d'appel pour des éruptions d'origine purement constitutionnelle, d'où cette anomalie, en apparence inexplicable et cependant fort logique, d'éruptions à type microbien qui se compliquent parfois de poussées eczémateuses ou prurigineuses lichénifiées à type goutteux pur[1].

Il est en outre inutile d'insister sur le rôle capital que joue le traumatisme dans le développement de toutes les dermatoses microbiennes, soit qu'il agisse par simple effraction de l'épiderme, soit qu'il imprime à l'organisme des modifications générales qui le rendent apte à la germination de l'agent pathogène.

Deuxième groupe. — **Réactions cutanées.**

Il comprend les classes suivantes :

Classe I. — Réactions cutanées proprement dites

Ce sont des éruptions qui semblent résulter uniquement des prédispositions individuelles en tant que causes premières, mais qui se développent sous l'influence de causes occasionnelles multiples qui les mettent en jeu, traumatismes

[1] Il est également possible, mais c'est là une simple hypothèse que nous avons formulée en 1893, que des parasites évoluant sur une surface cutanée enflammée, comme sur certaines séborrhéides eczématisées par exemple, produisent des substances toxiques qui sont absorbées par les téguments, infectent l'organisme et donnent lieu à une éruption secondaire généralisée, ou tout au moins çà et là disséminée, n'ayant plus les caractères de la dermatose primitive, mais ceux d'une éruption d'origine interne. Cette hypothèse nous semble être à l'heure actuelle celle qui peut le mieux expliquer ces faits dans lesquels on voit une ou plusieurs plaques de séborrhéides eczématisées du podex, du cuir chevelu, des plis articulaires, etc..., se compliquer brusquement d'une éruption de petits éléments multiples, çà et là disséminés sur toute la surface du corps, constituant une sorte d'éruption secondaire à type de parakératose psoriasiforme, voisine du pityriasis rosé de Gibert, et qui disparaît pour ainsi dire spontanément en quelques semaines sous l'influence de simples soins d'hygiène généraux et locaux.

divers, infections parasitaires et microbiennes, intoxications accidentelles, lésions d'organes, modifications subies par le système nerveux, etc...

Elles se subdivisent en deux ordres qui sont :

A. *Les Réactions cutanées proprement dites à prurit prééruptif*, telles que l'urticaire, les lichens vrais, les prurigos, l'eczéma, les dermatites polymorphes douloureuses, etc...

B. *Les Réactions cutanées proprement dites dans lesquelles le prurit, quand il existe, ne constitue qu'un simple symptôme*, telles que les érythèmes, les psoriasis, etc...

Classe II. — Réactions cutanées dans lesquelles les troubles du système nerveux semblent jouer un rôle majeur

(*Éruptions d'ordre trophique.*)

A côté des Dermatoneuroses ou trophoneuroses proprement dites, il convient de ranger toute une série d'éruptions mal définies dites d'ordre réflexe, provenant de lésions d'organes internes [1], mais dont la pathogénie est fort complexe, et qui ne sont en réalité nullement dignes de l'épithète de trophiques ou nerveuses.

Classe III. — Réactions cutanées caractérisées par des troubles dans la nutrition normale des tissus

Elles se subdivisent en deux ordres, qui sont :

A. *Les hypertrophies et les atrophies acquises des tissus dermiques, épidermiques et de leurs annexes.*

B. *Les difformités congénitales.*

Ce sont les altérations en plus ou en moins du pigment cutané, des poils, des ongles, etc.

Classe IV. — Réactions cutanées caractérisées par une déviation du type normal des tissus

Ce sont les tumeurs amicrobiennes de la peau.

Malgré les difficultés capitales qui résultent de l'état actuel d'imperfection de la science médicale, et de ce fait majeur, que, lorsqu'on analyse la vie humaine, on se heurte à une complexité souvent inextricable d'éléments constitutifs, nous nous efforcerons d'établir notre classification des dermatoses sur les bases précédentes. Nous aurons soin, chemin faisant, d'en faire ressortir les desiderata et les points défectueux.

[1] Ces lésions peuvent agir :

a) Soit par des *troubles circulatoires mécaniques*, comme le font surtout les lésions du système cardio-vasculaire et pulmonaire (purpura, eschares, gangrènes, asphyxie locale, œdèmes cutanés, varices et télangiectasies, etc...) ;

b) Soit *par voie réflexe*, comme le font si souvent les lésions du tube digestif et surtout celles des organes génito-urinaires, de l'utérus en particulier, dont les moindres troubles (menstruation, ménopause, etc...) retentissent fréquemment sur l'appareil tégumentaire ;

c) Soit par une viciation lente et progressive de l'état général, comme on l'observe dans beaucoup d'affections chroniques des reins, du tube digestif et de ses annexes ;

d) Soit enfin par des troubles purement dynamiques du système nerveux.

COMPLEXITÉ POSSIBLE DES DERMATOSES

(Combinaison des réactions cutanées avec les entités morbides vraies.)

Une dermatose peut évoluer à l'état pur : cela est exact pour les entités morbides vraies comme la gale, la trichophytie, la tuberculose, etc., et pour les réactions cutanées pures. Certaines d'entre elles ont plus de tendance que les autres à évoluer à l'état parfaitement pur : c'est ainsi que, parmi les entités morbides vraies, le favus, le pityriasis versicolor, etc., parmi les réactions cutanées proprement dites, le prurigo simplex, se compliquent rarement d'autres éruptions. Certaines autres ont au contraire une tendance plus ou moins marquée à se compliquer d'autres manifestations morbides. C'est ainsi que la gale, qui est une maladie parasitaire bien définie, qui offre une lésion cutanée absolument pathognomonique, le sillon de l'acare, peut provoquer l'apparition, suivant les réactions particulières du sujet atteint, ou de l'urticaire, ou des papules de prurigo, ou de l'eczéma, etc., toutes éruptions qui ne sont que des réactions cutanées pures. Elle peut aussi, suivant les prédispositions du sujet aux infections secondaires, se compliquer d'ecthyma, de furoncles, etc., toutes éruptions nettement microbiennes, de séborrhéides, affections probablement microbiennes.

On voit donc qu'il peut y avoir dans les entités morbides vraies, à étiologie précise, intrication des éruptions pathognomoniques de l'agent causal avec des éruptions de réaction cutanée dépendant du sujet. Ce point est d'une importance capitale : il permet de comprendre qu'une maladie bien définie comme la gale, comme la syphilis, puisse prendre des aspects divers suivant les prédispositions morbides des sujets atteints. En outre, des réactions cutanées d'ordre banal peuvent venir se greffer sur les lésions d'ordre spécifique, les compliquer, les rendre plus tenaces, ou même les larver.

Comme nous l'avons dit plus haut, toute cause morbide peut mettre en œuvre ces réactions cutanées individuelles, et cela est vrai non seulement pour les causes morbides générales, comme les intoxications, les auto-intoxications banales, les chocs subis par le système nerveux, mais encore pour les dermatoses bien définies.

L'impétigo de Tilbury Fox par exemple, qui est une dermatose éminemment microbienne, provoque souvent l'apparition de réactions cutanées banales comme l'eczéma, comme la lichénification. Les plus grandes complexités éruptives peuvent exister; il est nécessaire d'avoir une méthode d'observation rigoureuse pour saisir la genèse et la filiation véritable de ces faits.

Il est fréquent de voir les affections cutanées se combiner, se superposer, s'intriquer entre elles, et c'est là l'explication de nombreuses éruptions en apparence anormales. On a souvent de la tendance à considérer ces cas mixtes comme étant des types nouveaux. Nous nous sommes déjà longuement occupé de ces dermatoses composées et compliquées dans nos diverses publications, en particulier dans nos mémoires sur la question des eczémas et sur leur nummularisation. Nous allons les schématiser pour en faire comprendre la constitution.

Premier ordre de faits. — *Une dermatose peut être mixte parce qu'elle se développe sur un état anormal antérieur des téguments.*

Les xérodermiques, les ichthyosiques sont prédisposés aux prurits, et, sur ce fond spécial, l'eczéma se développe avec la plus grande facilité.

Les sujets atteints de séborrhée huileuse sont tout particulièrement prédisposés à l'acné vulgaire, à la couperose, à certaines séborrhéides, etc.

Il en est de même des télangiectasiques.

Les acro-asphyxiques sont prédisposés aux engelures, au lupus érythémateux, etc.

On voit donc qu'une dermatose quelconque, soit d'ordre banal comme les réactions cutanées, soit d'ordre spécifié comme les séborrhéides et l'acné, peut se développer sur fond tégumentaire anormal.

Deuxième ordre de faits. — *Une dermatose peut être dite composée quand l'éruption est constituée par la réunion au même moment, sur le même sujet, de plusieurs aspects objectifs de la même réaction cutanée ou de plusieurs réactions cutanées distinctes.*

Il est relativement fréquent de voir un malade qui présente depuis quelque temps un ou plusieurs placards d'eczéma vulgaire dit amorphe (eczéma vésiculeux vrai), être atteint brusquement, sous l'influence d'une intoxication accidentelle ou d'une secousse nerveuse, d'une poussée aiguë, disséminée sur les membres, plus rarement sur le tronc, d'eczéma papulo-vésiculeux. C'est là un exemple de la coexistence chez le même malade au même moment de deux aspects objectifs différents de la même réaction cutanée.

Il est d'observation journalière et banale de voir coexister chez le même sujet, au même moment, de l'urticaire et de l'érythème, de l'urticaire, de la dysidrose et de l'eczéma, etc. Le prurigo de Hebra est constitué par la réunion chez le même sujet de papulo-vésicules urticariennes, de placards d'eczéma vésiculeux ou papulo-vésiculeux, et de plaques de lichénification. Ce sont là des exemples de la coexistence chez un seul et même malade de deux ou de plusieurs réactions cutanées bien distinctes les unes des autres au point de vue objectif.

Troisième ordre de faits. — *Deux ou plusieurs dermatoses microbiennes peuvent se superposer ; une dermatose microbienne peut se superposer à une dermatose parasitaire animale ou végétale, et vice-versa.*

L'impétigo de Tilbury Fox pur est une dermatose bulleuse, et, quand on l'inocule à l'état pur, on reproduit une bulle : mais il s'infecte presque toujours assez rapidement des microbes du pus ; il prend l'aspect purulent ; et dès lors, quand on l'inocule, on peut reproduire une pustule d'emblée. Voilà un exemple de ces associations microbiennes qui sont si communes en pratique.

On sait combien il est fréquent de voir des pyodermites compliquer la gale, la phthiriase ; il y a des variétés de trichophytie qui se compliquent de folliculites suppurées, etc.

Quatrième ordre de faits. — *Les éruptions artificielles d'origine externe se compliquent fort souvent soit de réactions cutanées, soit de dermatoses microbiennes, et même des deux simultanément.*

Voici un ouvrier teinturier qui présente une éruption traumatique de cause externe provoquée par un acide ; sous l'influence de ce traumatisme, les réactions cutanées individuelles entrent en jeu : de l'eczéma vrai se développe aux points traumatisés ; il peut même gagner ensuite d'autres régions. En outre, cédant au prurit qu'il éprouve, le malade se gratte, s'inocule des staphylocoques, des strep-

tocoques, etc., et des pyodermites d'aspect variable se développent sur l'éruption artificielle eczématisée[1].

On voit donc qu'une éruption artificielle première, qu'elle soit de cause interne ou de cause externe, peut se compliquer d'éruptions tenant à des réactions cutanées individuelles ou à des infections microbiennes surajoutées.

Cinquième ordre de faits. — *Une éruption tenant à un mode individuel de réaction cutanée peut se compliquer d'une infection microbienne surajoutée, et inversement.*

C'est ainsi qu'un eczéma vésiculeux vrai peut s'infecter de pyodermites, qu'une éruption microbienne première, telle que l'impétigo de Tilbury Fox, le lupus vulgaire, les syphilides, etc..., peut se compliquer de réactions cutanées qui sont propres au sujet, et qui se développent au locus minoris resistentiæ des téguments créé par l'inoculation microbienne antérieure.

Ces superpositions ou juxtapositions de dermatoses sont beaucoup plus fréquentes qu'elles ne le semblent au premier abord, et les microbes dits saprophytes des téguments jouent certainement un rôle parfois assez considérable dans la production, l'aspect et la persistance des dermatoses dites réactions cutanées. L'histoire de l'eczéma vésiculeux vrai est là pour nous le démontrer de la manière la plus éclatante. La vésicule primitive non ouverte de l'eczéma est amicrobienne : ce fait capital a été prouvé par de nombreux expérimentateurs, en particulier par notre ami Veillon, de la manière la plus rigoureuse. Mais dès que la vésicule eczémateuse est ouverte, dès qu'il s'est formé à la surface des téguments des plaques suintantes et squameuses, les microbes de la peau, et surtout les staphylocoques et les streptocoques, y pullulent avec une extrême intensité, et, dans beaucoup de cas, arrivent, suivant les prédispositions particulières à l'individu, à modifier l'aspect, l'évolution et les réactions thérapeutiques de l'affection. Telle est probablement l'origine de certains de ces placards eczématiques à contours nettement arrêtés, nummularisés, avec fine collerette épidermique, que l'on a pu considérer comme de simples dermites à streptocoques[2]; telle est également l'explication des eczémas impétiginisés, des eczémas à suppuration abondante, infectés de pustulettes superficielles, qui sont si fréquents aux extrémités, sur les membres et aux régions velues, etc... Dans tous ces cas il est bien certain que le seul traitement général s'adressant à la réaction cutanée pure ne suffit pas; il faut un traitement local modificateur, et les pommades à l'ichthyol, au goudron, au soufre, à la résorcine, au mercure, etc... les badigeons de nitrate d'argent, d'acide picrique, de bleu de méthylène, voire même de teinture d'iode, donnent des résultats d'une telle rapidité que les partisans de la nature microbienne des eczémas en tirent un argument.

Mais, même lorsque l'infection microbienne de la surface eczématique n'est pas aussi évidente au point de vue objectif, elle n'en existe pas moins, et, pour peu que le terrain soit propice à leur évolution, les microbes saprophytes peuvent retarder

[1] Pour indiquer les développements ultérieurs de certaines réactions cutanées sur des dermatoses préexistantes, on a créé les mots commodes de eczématisation, eczématiser, — de lichénification, lichénifier — etc... Il est vrai que pour certains dermatologistes (voir notre travail sur *la question des eczémas*, 1900) ces prétendues réactions cutanées ne seraient que des dermatoses microbiennes inoculées par le grattage sur les lésions préexistantes. Ces hypothèses sont possibles : leur vérité n'a pas encore été démontrée.

[2] Ce qui ne veut pas dire que les dermites primitives à streptocoques et à staphylocoques n'existent pas. Sabouraud en a donné des descriptions magistrales.

la marche naturelle de l'eczéma vrai vers la guérison. De légères applications des topiques que nous avons mentionnés plus haut suffisent alors pour diminuer la puissance pathogène des microorganismes, et pour permettre à la dermatose d'évoluer vers la restitutio ad integrum des téguments.

Inversement, si le terrain n'est que peu propice à l'évolution des microbes saprophytes et à l'exaltation de leur virulence pathogène, l'eczéma vésiculeux vrai peut fort bien guérir par la seule hygiène générale et locale, ce qui constitue en réalité la vraie thérapeutique des réactions cutanées proprement dites.

Il résulte de ce qui précède qu'en présence d'une éruption le dermatologiste doit avant tout faire une analyse patiente et minutieuse des lésions élémentaires, de tous les phénomènes éruptifs, et rechercher s'il s'agit d'une forme morbide simple, d'une forme morbide composée ou compliquée, et, dans ces deux derniers cas, il doit tâcher de préciser quels sont les divers éléments qui se superposent et s'intriquent pour constituer l'aspect objectif considéré dans son ensemble.

Si le dermatologiste veut se livrer à ce travail d'analyse, il ne tarde pas à se convaincre que nombre de faits obscurs s'expliquent avec facilité par cette intrication des dermatoses, et que nombre de formes éruptives, en apparence nouvelles et insolites, résultent simplement de la combinaison, à doses variables suivant les prédispositions individuelles, de deux ou de plusieurs dermatoses des mieux définies au point de vue objectif.

LA THÉORIE DES FAITS DE PASSAGE

Quand on étudie avec soin les divers types morbides cutanés, on s'aperçoit qu'entre chacun d'eux et les types morbides voisins il existe une série complète de faits de passage établissant entre eux d'intimes traits d'union.

Cette importante particularité est connue depuis longtemps, et nous n'avons certes pas la prétention de l'avoir découverte : elle a été signalée par quelques observateurs, mais d'une façon toute incidente ; et, jusqu'en 1893, elle n'a pas frappé l'attention des médecins. Ce fut à cette époque qu'ayant depuis quelques années déjà remarqué la fréquence des faits de passage qui existent entre les divers groupes morbides que nous avions longuement étudiés, comme les éruptions généralisées rouges, les éruptions bulleuses, les lichens, les psoriasis, les eczémas, et ce que l'on appelait alors les eczémas séborrhéiques, nous eûmes l'idée de faire un travail d'ensemble sur cette question.

Nous venons de voir que les réactions cutanées constituent un groupe énorme de faits ayant entre eux les liens les plus étroits, constituant des sortes de gammes insensibles depuis l'absence totale de réaction cutanée jusqu'aux papules, aux vésicules, aux bulles les mieux caractérisées, depuis les atrophies les plus accentuées jusqu'aux hypertrophies les plus développées des divers éléments constitutifs de la peau, etc.... Pour les besoins de la description et pour mettre un peu d'ordre et de précision dans cette masse considérable de faits cliniques, nous y distinguons, comme l'ont fait nos devanciers, des types objectifs répondant à des formes éruptives qui nous paraissent bien définies. Mais, entre toutes ces formes éruptives, existent d'innombrables faits de passage qui établissent entre elles d'intimes traits d'union, et qui ont comme aspect objectif des caractères se rapportant à deux, parfois à trois ou quatre types voisins.

Il ne peut donc pas y avoir dans les réactions cutanées de types morbides fermés,

à limites précises : les groupes que nous y distinguons sont des cadres largement ouverts.

Or, ce que nous venons de dire pour les réactions cutanées peut à la rigueur s'appliquer aussi aux autres groupes de dermatoses, bien qu'ici, et surtout lorsqu'il s'agit d'affections parasitaires et microbiennes, les cadres morbides soient bien définis, et à contours d'ordinaire assez nettement arrêtés. De par l'axiome général « natura non facit saltus », on sait en effet que les êtres organisés constituent une chaîne ininterrompue, et que, si la chaîne semble être brisée en quelques points à l'heure actuelle, c'est que les types intermédiaires ont disparu : mais ils ont existé. Aussi croyons-nous que, pour la plupart des dermatoses d'origine microbienne, il est possible de retrouver entre les types principaux des séries de faits de passage.

Cette proposition est certainement vraie pour les dermatoses dans la pathogénie desquelles les microbes saprophytes de la peau semblent jouer un certain rôle, comme les séborrhéides, les acnés, les pyodermites, etc... toutes affections qui offrent d'ailleurs d'intimes connexions avec les réactions cutanées pures. Nous reconnaissons toutefois que, dans la série des maladies microbiennes les faits de passage ne présentent pas le puissant intérêt qu'ils offrent dans la conception des réactions cutanées.

En somme, on voit que l'on peut distinguer trois variétés de faits de passage entre les divers types admis de dermatoses, et nous avons eu le tort de ne pas les catégoriser assez nettement dans nos publications antérieures, ce qui a pu jeter le trouble et le doute dans quelques esprits.

Première variété. — Une première variété comprend les faits de passage typiques, ceux qui existent entre les groupes divers qui ont été artificiellement créés dans les réactions cutanées proprement dites, du moins telles que nous les comprenons. On les trouve également entre les divers types des difformités cutanées, des troubles dans la nutrition normale des tissus, atrophies ou hypertrophies, etc..., en un mot dans toutes les manifestations morbides qui ne sont pas l'expression d'une entité pathologique vraie, mais qui dépendent surtout de l'individu. Ce sont bien là des faits dignes du nom de faits de passage : ils sont innombrables, et ils constituent pour l'avenir une mine inépuisable de faits nouveaux, puisque, comme nous l'avons expliqué plus haut, ils dépendent, en tant qu'expression morbide, de l'individualité du sujet.

Deuxième variété. — La deuxième variété est peut-être moins importante : elle réclame quelques explications.

D'après les notions de botanique et de zoologie générales que nous possédons, il n'est pas illogique de penser qu'entre les divers types connus à l'heure actuelle de maladies parasitaires ou microbiennes il existe d'insensibles gradations correspondant à des parasites et à des microbes intermédiaires aux types nets que nous connaissons. Cette proposition, qui paraît au premier abord fort aventureuse, a été formulée par nous dès 1893 ; et, dans ces derniers temps, les belles recherches de Bodin (de Rennes) viennent de lui donner une éclatante confirmation en montrant qu'il existe toute une série de champignons pathogènes intermédiaires entre les trichophytons et les achorions. Ici le fait de passage est une entité morbide bien définie dépendant d'un agent pathogène connu, intermédiaire comme type à d'autres agents pathogènes. Cette notion est des plus claires : elle répond aux formes de passage que décrivent les botanistes et les zoologistes entre leurs principaux groupes.

Troisième variété. — Malheureusement pour la précision et la simplicité de ces conceptions, il est possible que ce ne soit pas tout, et que les cas cliniques que nous considérons à l heure actuelle *au point de vue objectif* comme constituant des faits de passage entre certains types de dermatoses dans lesquelles nous soupçonnons une origine microbienne soient beaucoup plus complexes comme nature et comme étiologie. C'est ainsi que cliniquement, objectivement, il existe des séries de faits de passage entre les divers types cliniques actuellement décrits des séborrhéides, des acnés, et qu'il en existe en outre entre les types reconnus de cette série et certains types en ce moment classés dans les réactions cutanées pures comme les psoriasis. Comment est-il possible de les expliquer ?

L'interprétation qui nous paraît, à priori, pouvoir être la plus plausible, consiste à émettre l'hypothèse (gratuite nous le voulons bien à l'heure actuelle, nullement illogique cependant) que ces prétendus faits de passage sont dus à la combinaison chez un même sujet de plusieurs microbes pathogènes de dermatoses microbiennes[1], ou bien à l'infection de réactions cutanées pures préexistantes par un ou plusieurs microbes pathogènes ; inversement, il serait possible que des dermatoses microbiennes préexistantes devinssent un point d'appel pour des réactions cutanées, d'où formation de cas mixtes donnant l'illusion de faits de passage entre les réactions cutanées pures et les dermatoses microbiennes.

Nous nous contentons d'émettre ces hypothèses ; mais on voit que les faits de cette troisième catégorie, si les recherches ultérieures confirment son existence, ne sauraient être considérés comme étant des faits de passage réels ; ils rentrent dans les dermatoses mixtes ou complexes que nous avons étudiées plus haut. D'ailleurs, en réalité, nous ne pouvons rien dire d'absolument précis, de définitif, de scientifique sur leur véritable nature. Tous ces points sont à l'étude.

Il ne faut donc pas qu'on nous accuse d'un illogisme par trop évident, si, dans certains de nos graphiques, on voit figurer à côté de réactions cutanées pures des dermatoses dans lesquelles on peut soupçonner l'existence de microbes pathogènes[2].

LA MÉTHODE GRAPHIQUE EN DERMATOLOGIE ET PLUS SPÉCIALEMENT SON APPLICATION AUX RÉACTIONS CUTANÉES PROPREMENT DITES

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit que l'on peut concevoir chaque type morbide objectif des réactions cutanées comme un agrégat de faits. Au centre de l'agrégat se trouvent les cas cliniques qui correspondent au type objectif parfaitement pur tel que l'a formulé l'auteur qui l'a le premier décrit. Peu à peu, à mesure que l'on s'éloigne de ce centre, on rencontre des faits un peu différents

[1] Il convient de dire que ce passage a été écrit huit mois environ avant l'apparition du livre de Sabouraud sur les pityriasis, et que nous avons tenu à honneur de n'y rien changer pour que le lecteur pût connaître notre manière personnelle de comprendre ces faits

[2] On ne doit pas tomber dans une erreur assez commune à beaucoup de dermatologistes qui ont de la tendance, lorsqu'ils étudient un groupe morbide, à rattacher à ce groupe toutes les dermatoses qui lui sont reliées par les faits de passage dont nous venons de parler. En un mot, l'existence de faits de passage entre deux types morbides ne saurait être un argument pour réunir ces deux types en un seul et même groupe, et pour prouver leur identité. Si l'on admettait la théorie de ces auteurs, il faudrait renoncer à établir des types morbides en dermatologie, puisque tous ou presque tous sont réunis entre eux par des faits de passage. Nous nous sommes déjà longuement expliqués sur ce point dans d'autres travaux, auxquels nous renvoyons pour de plus amples détails.

d'allures et de physionomie, ayant quelques-uns des traits caractéristiques d'un groupe voisin ou de plusieurs de ces groupes voisins, dès lors orientés dans la direction de ces groupes, et d'autant plus rapprochés ou d'autant plus éloignés d'eux qu'ils ont plus ou moins de traits de ressemblance avec eux

En somme, chaque groupe morbide des réactions cutanées [1] *peut être conçu comme une sorte de nébuleuse à limites imprécises formée d'un agrégat d'étoiles, c'est-à-dire d'un agrégat de faits, et dont les prolongements de plus en plus indistincts, c'est-à-dire de moins en moins riches de faits, vont se confondre avec les prolongements des nébuleuses voisines, c'est-à-dire des groupes morbides voisins.*

Tout agrégat de faits un peu dense constitue un type morbide secondaire, intermédiaire aux types morbides principaux ; mais, entre tous ces agrégats, secondaires et principaux, il y a toujours des faits de passage plus ou moins fréquents, parfois fort rares, mais réels, qui établissent des traits d'union.

Telle est la vraie conception que l'on doit avoir des types objectifs des réactions cutanées. Ils constituent donc un immense réseau en apparence inextricable, mais au fond parfaitement bien défini.

Malheureusement il est difficile de le représenter graphiquement. En effet, nous ne pouvons sur le papier qu'en figurer la projection, et si nous voulons reproduire sur un même graphique plusieurs groupes morbides ou même un seul groupe morbide quelque peu complexe, nous ne pouvons en donner la projection exacte, car elle serait confuse, et les divers centres de faits seraient projetés les uns sur les autres. Il en résulte que nous sommes obligés de fausser quelque peu nos projections pour les rendre lisibles, de telle sorte que parfois des groupes, fort voisins les uns des autres en réalité et dans l'espace, se trouvent sur le papier artificiellement éloignés. Mais ce n'est là en somme qu'un inconvénient d'assez minime importance, et dont il suffit que le lecteur soit averti.

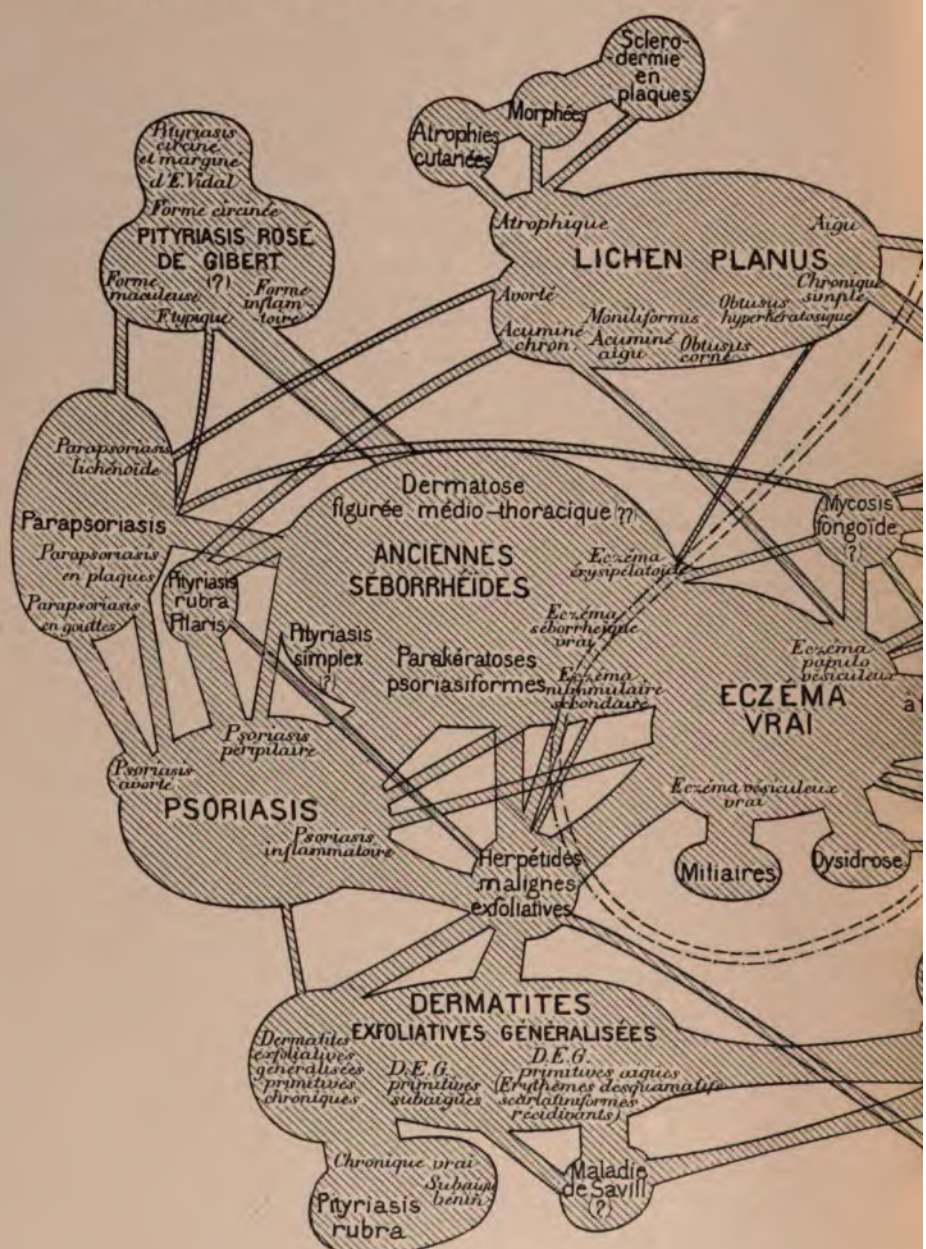
Une autre concession que nous sommes, à notre grand regret, obligés de faire à la netteté de la projection sur le papier, c'est de figurer chaque type morbide par un cercle à contours nets, au lieu de le représenter par un simple pointillé très serré au centre, de plus en plus espacé vers les bords, sans limites précises, ce qui serait certainement beaucoup plus conforme à la réalité des faits, mais beaucoup moins lisible.

Voici, dessiné d'après ces conventions, un graphique général des principales réactions cutanées proprement dites. Encore une fois, qu'on veuille bien pour le comprendre se souvenir des conventions suivantes :

1° Le dessin ci-joint ne figure que la projection sur le papier de groupements qui, pour répondre à la réalité des faits, doivent être conçus comme existant dans l'espace ;

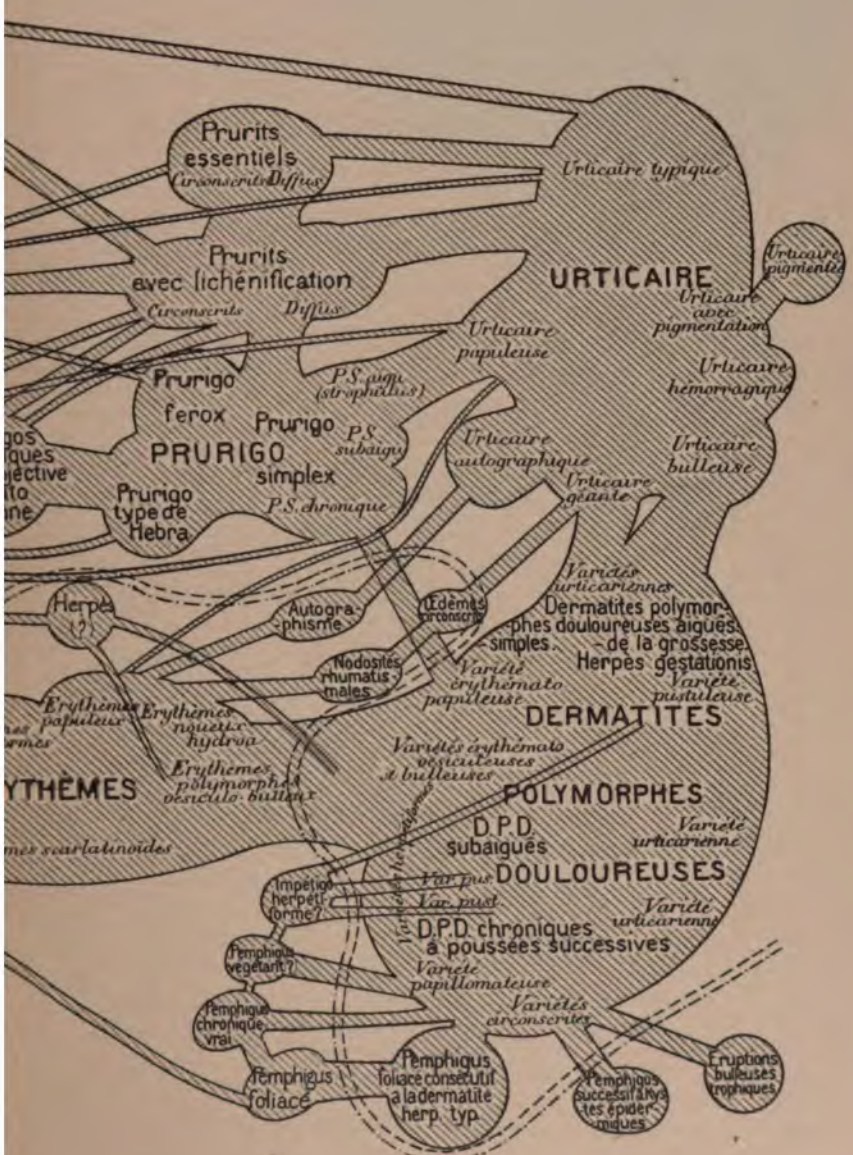
2° Les divers groupements sont figurés sous la forme de médaillons à limites nettement arrêtées comme s'ils étaient la projection de sphères à limites précises ; en réalité les limites devraient être imprécises, estompées, car nous devrions figurer des projections de nébuleuses ; malheureusement le graphique serait dès lors bien moins lisible ;

[1] Dans la première conception de la méthode graphique que nous avons donnée en 1893, nous avions représenté chaque groupe morbide par une sphère à limites précises : nous croyons que cette représentation est admissible pour les entités morbides bien définies, pour les dermatoses parasitaires ou microbiennes, mais qu'elle n'est pas tout à fait exacte pour les réactions cutanées dont les divers types objectifs n'ont aucune limite nettement arrêtée : nous aimons mieux pour elles l'image de la *nébuleuse* bien qu'elle prête à de faciles railleries ; mais elle nous paraît exacte, et cela nous suffit.



Graphique I. — Graphique simplifié des principales réactions cuta

Le double trait pointillé sépare les réactions cutanées prurigineuses des autres. Les affections à côté desquel



oprement dites, destiné à en donner une vue d'ensemble.

uve un point d'interrogation (?) ne rentrent sans doute pas dans le groupe des réactions cutanées pures.

la marche naturelle de l'eczéma vrai vers la guérison. De légères applications des topiques que nous avons mentionnés plus haut suffisent alors pour diminuer la puissance pathogène des microorganismes, et pour permettre à la dermatose d'évoluer vers la restitutio ad integrum des téguments.

Inversement, si le terrain n'est que peu propice à l'évolution des microbes saprophytes et à l'exaltation de leur virulence pathogène, l'eczéma vésiculeux vrai peut fort bien guérir par la seule hygiène générale et locale, ce qui constitue en réalité la vraie thérapeutique des réactions cutanées proprement dites.

Il résulte de ce qui précède qu'en présence d'une éruption le dermatologiste doit avant tout faire une analyse patiente et minutieuse des lésions élémentaires, de tous les phénomènes éruptifs, et rechercher s'il s'agit d'une forme morbide simple, d'une forme morbide composée ou compliquée, et, dans ces deux derniers cas, il doit tâcher de préciser quels sont les divers éléments qui se superposent et s'intriquent pour constituer l'aspect objectif considéré dans son ensemble.

Si le dermatologiste veut se livrer à ce travail d'analyse, il ne tarde pas à se convaincre que nombre de faits obscurs s'expliquent avec facilité par cette intrication des dermatoses, et que nombre de formes éruptives, en apparence nouvelles et insolites, résultent simplement de la combinaison, à doses variables suivant les prédispositions individuelles, de deux ou de plusieurs dermatoses des mieux définies au point de vue objectif.

LA THÉORIE DES FAITS DE PASSAGE

Quand on étudie avec soin les divers types morbides cutanés, on s'aperçoit qu'entre chacun d'eux et les types morbides voisins il existe une série complète de faits de passage établissant entre eux d'intimes traits d'union.

Cette importante particularité est connue depuis longtemps, et nous n'avons certes pas la prétention de l'avoir découverte : elle a été signalée par quelques observateurs, mais d'une façon toute incidente ; et, jusqu'en 1893, elle n'a pas frappé l'attention des médecins. Ce fut à cette époque qu'ayant depuis quelques années déjà remarqué la fréquence des faits de passage qui existent entre les divers groupes morbides que nous avions longuement étudiés, comme les éruptions généralisées rouges, les éruptions bulleuses, les lichens, les psoriasis, les eczémas, et ce que l'on appelait alors les eczémas séborrhéiques, nous eûmes l'idée de faire un travail d'ensemble sur cette question.

Nous venons de voir que les réactions cutanées constituent un groupe énorme de faits ayant entre eux les liens les plus étroits, constituant des sortes de gammes insensibles depuis l'absence totale de réaction cutanée jusqu'aux papules, aux vésicules, aux bulles les mieux caractérisées, depuis les atrophies les plus accentuées jusqu'aux hypertrophies les plus développées des divers éléments constitutifs de la peau, etc.... Pour les besoins de la description et pour mettre un peu d'ordre et de précision dans cette masse considérable de faits cliniques, nous y distinguons, comme l'ont fait nos devanciers, des types objectifs répondant à des formes éruptives qui nous paraissent bien définies. Mais, entre toutes ces formes éruptives, existent d'innombrables faits de passage qui établissent entre elles d'intimes traits d'union, et qui ont comme aspect objectif des caractères se rapportant à deux, parfois à trois ou quatre types voisins.

Il ne peut donc pas y avoir dans les réactions cutanées de types morbides fermés,

cela nous entraînerait beaucoup trop loin et deviendrait fastidieux. Nous allons simplement montrer comment on doit s'y prendre en choisissant pour exemple l'un des groupes les plus compliqués, celui des urticaires.

Voici ce que nous lisons sur le graphique.

L'*urticaire typique* se relie très intimement aux prurits sine materiâ (à ce que nous avons appelé les névrodermies), qui peuvent être circonscrits ou diffus, et qui offrent ce grand caractère de ne pas s'accompagner de lésions cutanées objectivement appréciables. Elle se relie aussi et peut-être plus intimement encore aux prurits avec lichénification, circonscrits ou diffus, car on observe fort souvent le symptôme urticaire dans ces dermatoses [1]. Elle se relie aussi, peut-être avec moins d'intimité, au mycosis fongoïde d'une part, d'autre part aux diverses variétés des dermatites polymorphes douloureuses, aiguës, subaiguës, chroniques, récidivantes de la grossesse, dans le cours desquelles le symptôme urticarien peut s'observer ; on sait que pendant des phases de début ou d'accalmie de ces affections l'urticaire simple peut être l'unique phénomène éruptif qui indique l'existence du processus morbide.

D'un autre côté l'urticaire vulgaire a certaines relations avec les érythèmes, et surtout avec l'autographisme que beaucoup d'auteurs identifient avec l'urticaire en se fondant sur ce fait que les deux affections ont absolument la même lésion élémentaire. Cependant les cas typiques d'urticaire et d'autographisme diffèrent entre eux par l'existence dans l'urticaire, par l'absence dans le dermographisme PUR, d'un symptôme capital : LE PRURIT.

L'*urticaire papuleuse* est intimement adéquate à ce que l'on a appelé chez les enfants le strophulus pruriginosus, à ce que nous avons appelé le prurigo simplex: le graphique indique ces affinités avec la plus grande clarté. Elle est aussi intimement unie au prurigo type et au prurigo ferox, beaucoup moins aux prurigos diathésiques à forme objective eczémato-lichénienne. Elle a cependant des relations avec eux, comme les eczémas papulo-vésiculeux, car la lésion élémentaire de l'eczéma papulo-vésiculeux est très voisine de celle du prurigo, et est parfois un peu urticarienne.

Elle se relie en outre aux formes aiguës du lichen plan dans lesquelles l'élément urticarien s'observe assez fréquemment, et même aux miliaires papuleuses ; mais ces affinités sont beaucoup moins étroites qu'avec les dermatoses précédentes.

L'*urticaire bulleuse* a surtout des relations avec les diverses variétés des dermatites polymorphes douloureuses. Il est parfois bien difficile, en présence d'un cas d'urticaire bulleuse, de dire si c'est une simple urticaire, ou une forme urticarienne de dermatite polymorphe douloureuse, ou un mode de début de cette dernière affection. C'est ce qu'indique le graphique avec la plus grande netteté. Ses relations avec l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux sont également des plus étroites. En dehors de ces dermatoses elle présente aussi quelques affinités avec l'hydroa (variété d'érythème polymorphe) et avec la dysidrose.

Nous ne devrions pas mentionner comme constituant une variété à part l'*urticaire hémorragique*, car ce n'est qu'un simple accident pouvant se produire dans les diverses variétés de cette affection.

L'urticaire peut laisser après elle des *pigmentations cutanées* dans certains

janvier 1894, p. 3) ; en 1902 nous avons donné celui des parapsoriasis (voir *Ibid.*, 1902, p. 433) ; en 1903 nous avons donné celui des psoriasis, des séborrhéides, du pityriasis rosé de Gibert (*Presse médicale*, n° 55, 11 juillet 1903).

[1] Les prurits diffus avec lichénification débutent souvent par des poussées d'urticaire.

cas : il ne faut pas confondre cet épiphénomène avec la véritable urticaire pigmentée qui est une forme morbide tout à fait à part.

Enfin l'*urticaire géante ou œdémateuse* a d'étroites affinités avec les œdèmes circonscrits (avec ou sans érythème) que l'on a trop de tendance à confondre purement et simplement avec l'urticaire. On peut à leur sujet reprendre l'argumentation que nous avons donnée plus haut à propos de l'autographisme.

Tout ce que nous venons de dire pour l'urticaire se lit d'un simple coup d'œil sur notre graphique; chacun pourra faire avec la même facilité le même travail pour les autres types morbides.

CLASSIFICATION DES DERMATOSES

Notre classification des dermatoses se déduit de ce qui précède.

La voici avec quelques explications mises en note pour justifier la place que nous assignons à certains types morbides.

GROUPE I. — **ENTITÉS MORBIDES VRAIES**

CLASSE I. — **Dermatoses artificielles.**

Elles se subdivisent en deux classes secondaires, suivant que les agents nuisibles sont d'origine externe ou d'origine interne.

I. — ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES DE CAUSE EXTERNE

(*Provoquées directes de Bazin, — dermatites traumatiques.*)

1° PAR TRAUMATISME PUR.

Alopécies traumatiques.
Glossites traumatiques.

2° PAR L'ACTION SUR LES TÉGUMENTS D'IRRITANTS D'ORIGINE ANIMALE.

Nous rangeons dans ce groupe :

Les éruptions intertrigineuses [1].
Les diabétides.

[1] Sabouraud et son élève Photinos font de l'intertrigo une variété de streptococcie cutanée. Nous croyons que certains intertrigos reconnaissent en effet le streptocoque comme agent pathogène; mais nous pensons aussi que ce microbe n'est pas la dominante étiologique dans d'autres lésions intertrigineuses, par exemple dans celles que l'on observe si fréquemment à l'hôpital chez les femmes atteintes de blennorragie, etc.

3° Par l'action sur les téguments d'irritants d'origine végétale.

4° Par l'action sur les téguments d'irritants d'origine minérale, chimique, et des divers produits de l'industrie d'origine organique.

5° Par l'action sur les téguments des irritants physiques et atmosphériques.

Nous rangeons dans ce groupe :

Les brûlures.
Les gelures.
Les engelures[1].
L'angiokératome[2].
Les gerçures.
L'Hydroa vacciniforme.
Les dermatites récidivantes d'été et d'hiver.
Les accidents cutanés provoqués par les rayons X.

Au groupe des éruptions artificielles de cause externe se rattachent en outre :

Les éruptions professionnelles.
Les éruptions simulées.
Le tatouage.

II. — Éruptions artificielles de cause interne ou dermatites toxiques.

A. Par des substances alimentaires.

Ce groupe entre autres formes morbides renferme la *pellagre*[3].

B. Par des médicaments.

Classe II. — **Dermatoses parasitaires.**

I. — Dermatoses causées par les parasites animaux

A. Les épizoaires.

Les poux (Phthiriase).
Le demodex folliculorum.
Le glycyphagus ornatus[4].

[1] On pourrait ranger les engelures dans le groupe des Érythèmes, c'est-à-dire dans les réactions cutanées. Cette conception est logique et réellement acceptable. Cependant nous nous permettrons d'insister sur ce point capital que le froid est la cause déterminante nécessaire de cette affection et qu'elle semble jouer ici le rôle d'une dominante étiologique. Nous ne pouvons pas, pour le moment du moins, considérer les engelures comme une variété de tuberculide.

[2] Il est un peu extraordinaire au premier abord de voir ranger dans ce groupe l'angiokératome qui est essentiellement une télangiectasie. Mais la production de l'angiokératome est étroitement liée à l'existence préalable des engelures, et c'est à ce titre, comme lésion consécutive aux engelures, que nous le classifions ici.

[3] La place que nous assignons à l'érythème pellagreux est des plus discutables : certains auteurs ont voulu faire de la pellagre une maladie infectieuse, microbienne, d'autres une trophonévrose ; la théorie pathogénique qui nous paraît à l'heure actuelle la plus plausible est la théorie toxique.

[4] Les dermatoses causées par cet acarien et par les animaux suivants ne devraient pas être rangées dans les dermatoses parasitaires, car ces animaux ne peuvent pas être considérés comme de vrais parasites de l'homme, mais dans les dermatites traumatiques et toxiques.

La punaise des lits.
La puce commune.
Les moustiques ; les cousins.
Les abeilles ; les guêpes ; les frêlons.
La maladie des pêcheurs d'éponge.
L'érysipéloïde. (Maladie causée par les morsures de crabes.)

B. Les dermatozoaires vrais.
La gale (humaine et animale).
Le pediculoïdes ventriculosus calestrini.
Les ixodes.
Les argas.
Le rouget.
Le dermanyssus gallinæ.
Le pulex penetrans (puce chique).
Les larves de diptères. Les Œstres.
La larva migrans[1].

C. Parasites animaux pouvant pénétrer dans l'intérieur de l'organisme.
La filaire de Médine. Ver de Guinée. Dragonneau.
La filaire du sang. Éléphantiasis des pays chauds, etc...
La papulose filarienne. Craw-craw.
Le cysticerque du tissu cellulaire.
L'Ankylostomiase. Le Pani-ghao[2].
Les Trypanosomiases. Le bouton d'orient[3]. L'ulcère du Veld[4].
Les dermatoses causées par les sporozoaires. Les paludides.

II. — Dermatoses causées par les parasites végétaux

Elles se subdivisent en trois groupes secondaires :

A. Dermatoses causées par des parasites végétaux qui habitent exclusivement l'épiderme :
1° Erythrasma.
2° Pityriasis versicolor.
3° Caratès.
4° Tokelau ou tinea imbricata.
5° Pityriasis simplex[5].

[1] Ce n'est qu'en nous fondant sur des probabilités que nous rangeons ici la larva migrans, car la plupart des auteurs n'ont jamais pu trouver de parasite dans cette si curieuse affection.

[2] La nature réelle du Pani-ghao demande encore à être confirmée par de nouvelles recherches.

[3] On soupçonne l'existence de trypanosomes dans le bouton de Biskra et dans les divers boutons d'Orient. Certains auteurs en ont même décrit : mais de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour légitimer la place que nous assignons à ces affections.

[4] La nature réelle de l'ulcère du Veld est encore totalement inconnue ; ce n'est que parce qu'il semble être causé par des piqûres de mouches de l'Afrique australe que nous pensons qu'il peut reconnaître pour cause l'inoculation d'un trypanosome.

[5] Rien de plus extraordinaire au premier abord que de trouver à cette place le pityriasis simplex. Nous reconnaissons que cette conception est des plus discutables, et nous ne l'avons adoptée qu'après de longues hésitations. Et cependant de nombreux faits cliniques nous ont convaincu depuis longtemps que le pityriasis simplex est transmissible du sujet malade au sujet sain. D'autre

B. Dermatoses causées par des parasites végétaux qui ont une prédilection toute spéciale pour le système pileux :

1° Teigne tondante à petites spores.
2° Trichophyties vraies.
3° Favus.
4° Piedra.

C. Dermatoses causées par des parasites végétaux qui affectent le derme et l'épiderme :

1° Actinomycose.
2° Mycétome ou Pied de Madura.
3° Blastomycose.

Classe III. — **Dermatoses microbiennes**[1].

I. — Dermatoses reconnaissant des bacilles pour cause pathogène

A. L'agent pathogène est un bacille seul.

a) *Son existence est au-dessus de toute contestatton.*

Lèpre.

part nous ne lui connaissons comme agent pathogène possible, mais dont l'action pathogène n'est d'ailleurs nullement démontrée, que la spore de Malassez : or celle-ci est probablement un cryptogame. On voit donc que ce n'est que très provisoirement, et parce que nous ne lui voyons pas d'autre place rationnelle possible à l'heure actuelle dans le cadre des dermatoses, que nous classifions ici le pityriasis simplex. Il ne nous paraît pas absolument démontré que le bacille bouteille soit son agent pathogène, et d'autre part la nature cryptogamique du bacille bouteille prête encore à la discussion.

[1] Pour un certain nombre de dermatoses microbiennes l'agent pathogène est connu ; pour certaines autres on ne fait que soupçonner la nature réelle de cet agent, pour d'autres enfin on l'ignore totalement, et cependant l'on sait de par la clinique qu'elles sont certainement de nature microbienne.

On pourrait donc, partant de ce point de vue, classifier les dermatoses microbiennes en : 1° *Affections dont l'agent pathogène est bien connu ;* 2° *Affections dont l'agent pathogène est douteux ;* 3° *Affections dont l'agent pathogène est totalement inconnu.*

On sait d'autre part qu'il y a plusieurs grands groupes de microbes pathogènes qui interviennent pour causer des dermatoses : 1° *les cocci ;* 2° *les bacilles ;* 3° *les vibrions, les spirilles, les spirochætes et les treponemas.* Il est donc tout simple de songer à une classification naturelle des maladies cutanées qu'ils provoquent d'après la place qu'occupe l'agent pathogène dans l'échelle des êtres organisés (voir *Généralités*). Cependant, ce que nous pouvons dire à cet égard est sujet à révision, puisque, d'après Blanchard, les spirochætes et les treponemas ne seraient pas des microbes, mais des protozoaires. Si cette opinion se confirme, cette partie de notre classification devra être réformée.

Quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur tout ce groupe énorme de dermatoses microbiennes, on s'aperçoit que les unes reconnaissent pour cause directe des microbes bien nettement différenciés du moins à l'heure actuelle et de haute virulence spécifique, tels les bacilles de la tuberculose, de la lèpre, de la morve, du charbon, etc... tandis que d'autres semblent dépendre de microbes qui peuvent exister chez l'homme à l'état saprophytique, inoffensifs ou presque inoffensifs, et qui ne deviennent pathogènes que dans certaines conditions d'inoculation ou de modification du milieu.

Cette distinction est évidemment d'une importance capitale au point de vue clinique, et nous aurions une tendance naturelle à l'adopter comme principe de notre classification des dermatoses microbiennes, si elle ne nous paraissait trop peu précise pour être prise comme base.

Nous les diviserons donc d'après la nature de l'agent microbien pathogène, en :

1° *Dermatoses causées par des bacilles ;*
2° *Dermatoses causées par des vibrions, des spirilles, des spirochætes ou des treponemas ;*
3° *Dermatoses causées par des cocci.*

Entre chacun de ces groupes il peut exister des groupes secondaires constitués par des *symbioses de bacilles et de spirilles*, de *bacilles et de cocci*, etc...

En outre, dans chacun des groupes principaux, il convient d'établir des subdivisions selon que

Tuberculose[1].
Morve.
Pustule maligne.
Chancre simple.
Diphthérie cutanée.
Fièvre typhoïde.
Maladie pyocyanique.

b) *L'existence d'un bacille comme agent pathogène est encore contestée.*
Gangrènes cutanées par infections microbiennes.
Verruga ou maladie de Carrion.
Boubas ou framboesia brasiliana.
Rhinosclérome.
Lepothrix.
Séborrhée grasse[2]. (?)

l'agent pathogène est bien nettement connu et hors de toute contestation, et suivant au contraire que son existence en tant qu'agent pathogène réel soulève encore des discussions.

Il est remarquable de voir que la plupart des dermatoses microbiennes à microbes hautement spécifiques reconnaissent pour cause pathogène des bacilles ou des spirilles : il n'y a guère d'exception à faire que pour les gonococcides cutanées, et l'on sait combien elles ont peu d'importance.

D'autre part la plupart des dermatoses microbiennes à microbes banaux reconnaissent pour cause pathogène des cocci, à l'exception peut-être de la séborrhée et de l'acné qui, d'après Sabouraud, ont pour origine première son microbacille : les opinions de cet auteur sont d'ailleurs très controversées.

En somme on peut dire d'une manière générale que les dermatoses microbiennes à microbes hautement spécifiques correspondent approximativement aux dermatoses qui reconnaissent pour cause des bacilles, des vibrions, des spirilles, des spirochætes et des treponemas, que les dermatoses microbiennes à microbes banaux correspondent en grande partie aux dermatoses qui reconnaissent des cocci pour cause pathogène.

Quant aux dermatoses que nous croyons être de nature parasitaire ou microbienne et dont nous ne connaissons pas encore l'agent pathogène, elles constituent un quatrième groupe d'attente que nous rangeons provisoirement dans les affections microbiennes ; mais il est possible que certaines d'entre elles passent dans un avenir plus ou moins prochain dans notre classe II, c'est-à-dire dans les affections parasitaires à parasites animaux ou végétaux. En tous cas ce *quatrième groupe de dermatoses microbiennes à microbes* encore inconnus n'est qu'essentiellement artificiel, et il est destiné à disparaître peu à peu à mesure que la science progressera.

[1] Voir au chapitre *Tuberculose* la discussion de la légitimité de la conception actuelle de la tuberculose cutanée, et surtout du groupe des tuberculides. Parmi les affections qu'on y range, il y en a certaines telles que le lupus érythémateux, l'érythème induré, etc., dont la nature tuberculeuse est mise en doute par de nombreux auteurs. La plupart des dermatologistes français et beaucoup d'étrangers considèrent le lupus érythémateux comme étant toujours une tuberculide. Depuis de longues années, nous appuyant sur des faits cliniques que nous avons observés, nous avons émis l'idée que cette lésion, si spéciale comme aspect, est une réaction cutanée proche des érythèmes, le plus souvent provoquée par l'infection tuberculeuse, mais pouvant parfois reconnaître d'autres origines. Cette opinion, longtemps méprisée, semble en ce moment trouver quelques partisans en Angleterre. Si nous ne consultions que nos préférences, nous rangerions donc le lupus érythémateux dans les réactions cutanées à côté des érythèmes, tout en mettant soigneusement en relief les liens étroits qui unissent certaines de ses formes à l'infection tuberculeuse. Mais la théorie du « Lupus érythémateux = tuberculide » est tellement ancrée dans l'esprit des dermatologistes français, et l'on a depuis si longtemps l'habitude de décrire le lupus érythémateux à côté du lupus vulgaire, que nous croyons devoir provisoirement laisser cette dermatose dans la classe des affections d'origine microbienne, dans le groupe des tuberculides.

[2] La *séborrhée grasse* soulève un problème fort difficile à résoudre. — Nous ignorons encore quelle est la nature réelle du flux sébacé. Faut-il considérer avec Sabouraud la séborrhée grasse comme une affection microbienne ? Faut-il la rapprocher de l'hyperidrose et faire, ce que nous croyons exact, de ces deux syndromes des troubles sécrétoires d'origine vaso-motrice dans l'étiologie et la pathogénie desquels entrent en jeu des causes multiples, constitutionnelles, héréditaires ou acquises ? Toutes ces questions sont encore à l'étude. En effet, la preuve absolue de la nature microbienne de ces flux n'est pas faite. Ce que nous savons bien, c'est qu'ils semblent se

B. L'agent pathogène est un bacille associé a un spirille ou a un spirochoete.
Affections cutanées dépendant de la symbiose fuso-spirillaire[1].

II. — Dermatoses reconnaissant des vibrions, des spirilles, des spirochoetes, ou des treponemas pour cause pathogène

1° *Dermatoses reconnaissant des vibrions pour cause pathogène.*
Éruptions du choléra.

2° *Dermatoses reconnaissant des spirilles ou des spirochœtes pour cause pathogène.*
Affections cutanées dépendant de la symbiose fuso-spirillaire (voir plus haut).

3° *Dermatoses reconnaissant des treponemas pour cause pathogène.*
Syphilis[2].

III. — Dermatoses reconnaissant des cocci pour cause pathogène

A. L'agent pathogène est un coccus seul.

a) *Le coccus pathogène est hautement spécifique.*
Accidents cutanés qui se rattachent à l'infection gonococcique.

b) *Le coccus pathogène n'est pas hautement spécifique*[3].

a') *Les streptococcies cutanées.*

Groupe premier. — *Dermatoses semblant nettement reconnaître pour cause première le streptocoque.*
Impétigo vrai.
Erythèmes papuleux fessiers post-érosifs.

développer avec plus d'intensité à certaines périodes de la vie, chez certaines constitutions, que leur suppression brusque (surtout lorsqu'il s'agit d'hyperidrose) peut être accompagnée du développement d'accidents morbides d'un autre ordre : toutes ces raisons militent pour que nous les considérions comme faisant partie des réactions cutanées, du moins provisoirement. D'autre part il s'agit certainement dans ces deux ordres de phénomènes de troubles sécrétoires vaso-moteurs. Nous croyons donc que, provisoirement du moins, on peut les ranger dans les *réactions cutanées, groupe des trophoneuroses.*

[1] Vincent considère que la symbiose fuso-spirillaire est la cause pathogène d'un certain nombre de maladies parmi lesquelles celles qui nous intéressent le plus directement sont : 1° L'ulcère phagédénique des pays chauds; 2° l'angine de Vincent ; 3° la stomatite ulcéro-membraneuse ; 4° la balano-posthite érosive circinée. Mais de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour établir l'absolue légitimité de cette conception : nous ne l'adoptons dans cet ouvrage qu'en émettant quelques réserves.

[2] Ce n'est qu'après de longues hésitations que nous nous sommes décidés à classifier ici la syphilis au lieu de la laisser dans les Dermatoses microbiennes à microbes encore inconnus. On sait combien de fois on a décrit le microbe pathogène de la syphilis, et jusqu'ici toutes ces prétendues découvertes ont été suivies d'une désillusion. Le Treponema pallidum aura-t-il le même sort que ses aînés? Nous ne pouvons rien dire d'absolu à cet égard. Faisons néanmoins remarquer pour légitimer la place que nous croyons devoir assigner à la syphilis, que jamais aucun des microbes pathogènes antérieurement décrits n'a été le point de départ de travaux de contrôle aussi nombreux et aussi sérieux.

[3] Cette locution n'est peut-être pas très exacte ; elle est certainement fort discutable au point de vue scientifique strict ; et cependant il nous semble qu'avec un peu de bonne volonté il est possible de comprendre ce que nous voulons dire. Les cocci de ce groupe peuvent, du moins pour certains auteurs (Sabouraud n'est pas de cet avis pour le streptocoque), vivre à l'état inoffensif sur la peau en apparence saine ; ils n'ont pas, d'une manière permanente, la haute virulence du gonocoque, du bacille de la tuberculose, de celui de la morve, etc...

Épidermite chronique à streptocoques de Sabouraud.
Perlèche.
Éléphantiasis nostras[1].

Groupe II. — *Dermatoses dans lesquelles le rôle pathogène du streptocoque n'est que soupçonné, nullement démontré.*
Pemphigus épidémique[2].
Impétigo herpétiforme[3].

b') *Les staphylococcies cutanées.*
Ecthyma vrai[4].
Folliculites suppurées.
(comprenant l'impétigo de Bockhart, les Sycosis, l'acné décalvante, etc...)
Furoncle. Anthrax.
Botryomycose.

c') *Morococcie cutanée.*
Dermatoses figurées médio-thoraciques[5].

B. L'agent pathogène est un coccus associé a un bacille.
Les Acnés.

IV. — Dermatoses qui sont probablement microbiennes, mais dont on ne connait pas encore les microbes pathogènes

A. Dermatoses probablement microbiennes, mais a microbes encore inconnus, qui infectent l'économie tout entière.
Fièvres éruptives.
Purpuras infectieux.
Pemphigus aigu malin.

[1] Il semble prouvé que certains cas d'éléphantiasis nostras reconnaissent pour cause pathogène première l'infection streptococcique : mais tous n'ont pas cette origine : il semble que d'autres microbes peuvent provoquer l'apparition d'états éléphantiasiques ; les actions mécaniques constituent parfois aussi pour eux la dominante étiologique. (Voir tableaux d'ensemble.)

[2] L'analogie d'aspect et d'évolution du pemphigus épidémique des nouveau-nés avec l'impétigo de Tilbury Fox est telle que nous n'hésitons pas à le classifier ici ; mais nous reconnaissons que jusqu'à ce jour on n'a pas encore donné la preuve irréfutable de la présence dans les bulles de cette affection d'un streptocoque pathogène. La majorité des auteurs qui se sont occupés de cette question décrivent au contraire des staphylocoques. C'est donc un point à réserver et à élucider définitivement.

[3] Nous reconnaissons qu'aucune recherche sérieuse ne peut encore légitimer la classification de l'impétigo herpétiforme dans les streptococcies. Peut-être est-ce une staphylococcie? Peut-être même est-ce une réaction cutanée spéciale que l'on devrait ranger à côté des dermatites polymorphes douloureuses, variétés pustuleuses d'emblée? Cependant, dans leur ensemble, les cas de cette affection qui ont été décrits ont une physionomie générale d'infection tellement accentuée que nous avons jugé possible de les ranger dans ce groupe morbide.

[4] Voir article *Ecthyma* pour la différenciation de ce type morbide et sa discussion.

[5] Ce n'est qu'après beaucoup d'hésitations que nous avons rangé ces affections dans ce groupe. Nous sommes en effet convaincus de leur nature parasitaire : tout dans leur aspect, leur évolution, leurs réactions thérapeutiques, le démontre. Mais nous ne savons vraiment pas si c'est bien le coccus polymorphe à cultures grises qui, survenant sur une peau déjà traumatisée par le bacille bouteille, et peut-être aussi infectée par le micro-bacille séborrhéique, produit ces lésions. Sabouraud en est convaincu, et nous ne demandons pas mieux que d'adopter ses idées ; mais nous devons reconnaître qu'elles ne sont encore admises que par un petit nombre de dermatologistes. Le coccus polymorphe à cultures grises de Sabouraud et Cedœrcreutz est très probablement le morocoque d'Unna, d'où la dénomination de Morococcie cutanée que nous avons adoptée.

Pemphigus végétant[1].
Pellagre[2]?

B. DERMATOSES PROBABLEMENT MICROBIENNES, MAIS A MICROBES ENCORE INCONNUS, QUI PEUVENT RESTER LOCALES OU SE GÉNÉRALISER.

Les Aphthes et la Fièvre aphtheuse.
Le Pian, Frambœsia ou Yaws.
Le Pian-Bois.
Les Piqûres anatomiques et les Maladies similaires.
Les Epithéliomes superficiels de la peau, la Maladie de Paget, etc...[3].
Le Carcinome de la peau[3].
Le Mycosis fongoïde et les Sarcomes cutanés[3].

C. DERMATOSES D'ORIGINE PROBABLEMENT MICROBIENNE, MAIS A MICROBES ENCORE INCONNUS, QUI RESTENT TOUJOURS LOCALISÉES.

Verrues.
Papillomes. Végétations.
Molluscum contagiosum.
Granulome ulcéreux des organes génitaux.
Balano-posthite pustulo-ulcéreuse.
Herpès, zona[4]?

GROUPE II. — RÉACTIONS CUTANÉES

CLASSE I. — Réactions cutanées proprement dites.

Section I. — RÉACTIONS CUTANÉES DANS LESQUELLES LE PRURIT EST LE SYMPTÔME MAJEUR. DERMATOSES PRURIGINEUSES.

Premier type objectif.
Les Prurits sans lésions cutanées visibles.

Deuxième type objectif.
Les Urticaires.

Troisième type objectif.
Les Prurits avec lichénification.
a) Lichen simplex chronique. (Névrodermite chronique circonscrite.)
b) Névrodermites diffuses.

[1] Nous croyons que parmi les affections bulleuses qui végètent, il convient de distinguer une entité morbide grave, infectieuse, qui a toutes les allures d'une maladie microbienne : c'est à elle que nous réservons le nom de pemphigus végétant. Mais nous reconnaissons que ce point est encore fort discuté et un peu discutable.

[2] Voir plus haut ce que nous disons de la nature de la pellagre.

[3] L'aspect extérieur de ces lésions, leur marche serpigineuse excentrique, leur évolution, évoquent invinciblement l'idée d'une dermatose parasitaire : mais on n'a jamais encore pu découvrir d'agent pathogène de cet ordre. Provisoirement donc, nous rangerons ce groupe, ainsi que les carcinomes, les sarcomes, le mycosis fongoïde dans les tumeurs de la peau. Ces affections pourraient d'ailleurs tout aussi bien être annexées à la sous-classe A qu'à la sous-classe B.

[4] Il est possible que l'herpès et surtout que le zona soient des dermatoses d'origine microbienne, mais nous n'en connaissons pas du tout l'agent pathogène : d'autre part, leurs relations avec certains troubles du système nerveux sont tellement évidentes, que, provisoirement du moins, nous les rangeons : l'herpès dans nos réactions cutanées pures, le zona dans les trophonévroses.

Quatrième type objectif (Dermatoses vésiculeuses et érythémateuses).
Eczémas.

Cinquième type objectif (Dermatoses vésiculeuses pures).
Dysidrose.

Sixième type objectif (Dermatoses vésiculeuses et lichénifiées).
Les Prurigos diathésiques d'E. Besnier.

Septième type objectif (Dermatoses papulo-vésiculeuses).
Les Prurigos vrais.
Prurigo simplex.
Prurigo de Hebra.
Prurigo ferox.

Huitième type objectif (Dermatoses polymorphes, érythémato-vésiculo-bulleuses).
Dermatites polymorphes douloureuses.

Neuvième type objectif (Dermatoses papuleuses).
Lichen plan et ses variétés [1].

Dixième type objectif (Dermatoses érythémato-squameuses).
Erythrodermies exfoliantes généralisées [2].

Section II. — Réactions cutanées pures dans lesquelles le prurit n'est pas un symptôme majeur [3].

Premier type objectif (Dermatoses érythémateuses et érythémato-bulleuses).
Les Érythèmes.

Deuxième type objectif (Dermatoses vésiculeuses).
Les Herpès [4].

Troisième type objectif (Dermatoses bulleuses).
Pemphigus vrai.
Pemphigus foliacé [5].

[1] La place que nous assignons provisoirement au lichen plan est discutable : cette dermatose peut en effet dans certains cas rares être peu ou point prurigineuse. Nous ne sommes pas très certains qu'elle ne soit pas de nature microbienne; mais actuellement, il est impossible de soutenir cette opinion.

[2] On pourrait à la rigueur ranger les érythrodermies exfoliantes dans la section II des réactions cutanées pures. Cependant, dans la majorité des cas, les symptômes prurigineux semblent dominer dans ces éruptions. En tous cas, nous reconnaissons que cette catégorisation de ces faits est discutable.

[3] Voir plus haut ce que nous disons à propos de la délimitation très artificielle et fort peu précise de ce groupe morbide.

[4] Il y a des herpès qui sont de véritables réactions cutanées, qui surviennent chez des sujets prédisposés, sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses. Il en est d'autres, et parmi eux nous devons citer en première ligne le zona, dans la pathogénie desquels le système nerveux joue un rôle indéniable, que ce rôle soit d'ailleurs primitif, ce qui est fort discutable, ou secondaire à une infection encore mal connue, ce qui est probable. Provisoirement donc, nous décrirons les herpès en général dans les réactions cutanées pures, et le zona aux trophonévroses.

[5] Rien, jusqu'ici, ni dans l'histoire du pemphigus vrai, ni dans celle du pemphigus foliacé, ne semble faire soupçonner que ces dermatoses puissent reconnaître une origine microbienne. Inversement, les allures du pemphigus végétant, du pemphigus épidémique, du pemphigus aigu fébrile grave, sont en faveur de leur nature infectieuse.

Quatrième type objectif (Dermatoses squameuses).

Desquamation estivale des mains.

Desquamation persistante des lèvres.

Glosso-stomatite neuro-arthritique superficielle diffuse.

Cinquième type objectif (Dermatoses rouges et squameuses).

Pityriasis rosé de Gibert [1].

Psoriasis.

Pityriasis rubra pilaris.

Parapsoriasis.

Parakératoses psoriasiformes [2].

CLASSE II. — **Réactions cutanées dans lesquelles les troubles du système nerveux semblent jouer un rôle majeur. Trophonévroses [3].**

Section I. — TROUBLES TROPHIQUES AU COURS D'UNE MALADIE DÉFINIE DU SYSTÈME NERVEUX.

A. TROUBLES TROPHIQUES CUTANÉS DANS LES GRANDES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

B. SYRINGOMYÉLIE.

C. TROUBLES NERVEUX DES NÉVROSES.

a) Troubles trophiques de l'hystérie.

b) Dermatophobies.

c) Trichotillomanie. Dermatothlasie.

[1] Quand on considère l'évolution de cette affection, tout fait croire qu'il s'agit d'une sorte de pseudo-exanthème analogue à l'éruption roséolique de la syphilis, consécutif soit à une infection ou à une auto-infection de l'organisme, soit à une inoculation microbienne, hypothèse que nous admettrions assez volontiers, étant donnée l'existence de la plaque primitive. Nous aurions donc de la tendance à la ranger dans la classe des dermatoses microbiennes à microbes inconnus à côté de la rougeole, de la scarlatine, etc... Mais elle a de telles analogies objectives avec certaines parakératoses psoriasiformes et certains érythèmes que nous aimons mieux *provisoirement* la décrire à côté de ces éruptions dans les réactions cutanées, en attendant qu'on en découvre le microbe pathogène.

[2] La question des parakératoses psoriasiformes se relie à celle de nos anciennes séborrhéides. Nous distinguons actuellement dans ce groupe énorme (voir tableaux d'ensemble), deux catégories de faits fort distinctes : 1° l'une composée de ce que nous avons appelé les parapsoriasis, les pityriasis simplex, les parakératoses psoriasiformes, toutes affections fort complexes, encore assez mal définies, et qui constituent une immense série *objective* de faits allant des psoriasis aux pityriasis simplex, c'est-à-dire aux dartres furfuracées ou dartres volantes : il nous est à l'heure actuelle bien difficile de dire si des microbes y jouent un rôle pathogénique prépondérant. Cela paraît possible pour les dartres furfuracées, beaucoup plus aléatoire pour les parakératoses psoriasiformes lesquelles ont tant de points communs avec les psoriasis, encore plus aléatoire pour les parapsoriasis; 2° l'autre catégorie renferme les séborrhéides circinées, nos dermatoses figurées médio-thoraciques, le pityriasis stéatoïde typique de Sabouraud ; nous sommes ici convaincus du rôle majeur que doivent jouer certains microbes de la peau dans leur développement.

En somme, malgré les travaux si intéressants de Sabouraud, nous ne pouvons encore ranger nos parakératoses psoriasiformes soit dans les psoriasis, soit dans les dermatoses microbiennes; nous les classerons à côté des psoriasis.

Nous sommes tentés de mettre les pityriasis simplex dans les dermatoses parasitaires, quoique nous ne trouvions pas que cette question soit encore suffisamment élucidée. Nous croyons qu'il y a des pityriasis simplex de nature nettement parasitaire : nous nous demandons si toutes les dermatoses qui revêtent cet aspect le sont (voir plus haut.)

Nous classons résolument notre dermatose figurée médio-thoracique dans les dermatoses microbiennes, bien que nous ne soyons pas convaincus de l'action pathogène des microbes incriminés jusqu'ici (voir plus haut.)

[3] Voir plus haut ce que nous disons des limites peu précises de ce groupe morbide. La classification que nous avons adoptée est celle de Lenglet.

Section II. — *A*. Troubles trophiques secondaires à des maladies des glandes a sécrétion interne, et *B*. Dystrophies étendues ou généralisées sans pathogénie connue réalisant un type morbide spécial.

A. Affections cutanées se reliant aux lésions du corps thyroïde.

a) Affections cutanées qui s'observent dans le goitre exophthalmique.

b) Myxœdème.

B.

a) Gérodermie génito-dystrophique.

b) Adipose douloureuse ou maladie de Dercum. Trophœdèmes de Meige.

Section III. — Grands syndromes trophoneurotiques regardés par quelques auteurs comme des entités morbides.

A. Syndromes vaso-moteurs.

a) Maladie de Maurice Raynaud[1].

b) Erythromélalgie.

c) Erythromélie.

d) Panaris nerveux.

e) Granulosis rubra nasi[2].

f) Autographisme[3].

g) Œdème aigu circonscrit de la peau[4].

h) Nodosités non érythémateuses des arthritiques[4].

i) Œdème dur traumatique.

j) Troubles fonctionnels des glandes sudoripares.

k) Troubles fonctionnels des glandes sébacées[5].

B. Syndromes sensitifs purs.

a) Acroparesthésie.

[1] La maladie de M. Raynaud est, à un certain point de vue, un mode de *réaction morbide* survenant à propos de certaines causes occasionnelles chez des sujets prédisposés. Mais les troubles neuro-vasculaires sont ici tellement accentués, tellement nets, que nous aimons mieux la laisser dans la classe des trophoneuroses.

[2] Il est fort discutable de ranger la granulosis rubra nasi dans les trophonévroses, cependant les troubles vaso-moteurs nous paraissent jouer un rôle tellement important dans cette affection que nous ne croyons pas qu'une autre place lui convienne mieux.

[3] Dans l'autographisme ou dermographisme il s'agit d'un trouble permanent ou tout au moins persistant pendant de longues années du système neuro-vasculaire cutané. Cette modification du mode normal de la réaction de la peau aux traumatismes a un tel caractère de trophonévrose que nous croyons devoir ranger le dermographisme dans cette classe d'affections.

[4] Cette forme morbide pourrait fort bien être rangée dans les *Réactions cutanées pures*. Elle se développe en effet par crises chez certains sujets dits neuro-arthritiques ; elle peut disparaître sans cause bien appréciable pour être remplacée par d'autres manifestations morbides, migraine, asthme, crises de coliques néphrétiques, etc... Dans ces conditions il semble que, s'il y a dans ces cas trouble du système nerveux, ce trouble doit être bien léger, bien fugace, qu'il doit lui-même dépendre de poussées congestives tenant à l'état général du sujet, à ses crises d'intoxication, etc... poussées congestives qui se font tantôt sur un système de l'organisme, tantôt sur un autre. Néanmoins la plupart des auteurs insistant sur l'importance des phénomènes vaso-moteurs rangent ce type dans les trophonévroses, et nous nous y décidons pour ne pas morceler par trop l'histoire des œdèmes cutanés. Des considérations analogues nous engagent à agir de même pour les nodosités des arthritiques.

[5] Voir plus haut ce que nous disons à propos de la nature microbienne de la séborrhée grasse qui, d'après Sabouraud, reconnaît pour cause pathogène son microbacille.

b) Dermalgie.
c) Glossalgie. Glossodynie.

C. Syndromes trophiques proprement dits.
a) Hémiatrophie faciale.
b) Hémihypertrophie faciale.
c) Sclérodermies.
d) Ainhum.
e) Panaris analgésique ou maladie de Morvan.
f) Mal perforant.
g) Phlycténose récidivante des extrémités [1] (Acrodermatites continues).
h) Pemphigus traumatique.
Pemphigus héréditaire traumatique simple.
Pemphigus congénital à tendances cicatricielles.
i) Alopécies tenant à une affection du système nerveux.
Les Pelades [2].

Section IV. — Eruptions monomorphes a distribution systématique

Zona [3].
Vitiligo.

Classe III. — **Réactions cutanées caractérisées par des troubles dans la nutrition normale des tissus.**

(*Dystrophies cutanées.*) [4]

Sous-classe I. — Dermatoses caractérisées par une exagération de la nutrition normale des tissus aboutissant a leur hypertrophie.

A. Le processus hypertrophique porte sur l'épiderme seul.
Langue noire [5].

[1] Ce type clinique est d'autant plus difficile à classer qu'il n'est pas bien nettement défini. Certains faits semblent se rapprocher des pyodermites et en particulier des streptococcies cutanées. c'est-à-dire des dermatoses microbiennes; certains autres semblent avoir des affinités avec les dermatites polymorphes douloureuses. Ce n'est que tout à fait provisoirement que nous le plaçons ici.

[2] On sait que la pelade a été et est même encore considérée, par beaucoup de médecins, comme une affection contagieuse. L'observation précise des faits cliniques ne permet plus de soutenir à l'heure actuelle cette opinion (voir article *Pelade* pour l'exposé des théories pathogéniques de cette lésion).

[3] Voir plus haut ce que nous disons à propos de la nature encore fort discutée du zona.

[4] Au premier abord il semble que l'on doive diviser les dystrophies cutanées en deux grands groupes : *les dystrophies congénitales*, et *les dystrophies acquises*; mais, quand on pénètre dans l'étude de ces affections, on s'aperçoit que pour beaucoup d'entre elles cette distinction est plus apparente que réelle. Cependant elle doit être conservée dans une certaine mesure comme on va e voir. En tous cas, à l'heure actuelle, on ne peut encore baser une classification des si nombreuses dermatoses que nous sommes obligés de ranger dans ce groupe que sur leur aspect objectif et leur lésion anatomique. Faisons remarquer d'ailleurs que cette Classe III est très hétérogène, mal constituée, qu'elle est certainement une de celles que l'on remaniera le plus profondément dans l'avenir.

[5] Un certain nombre d'auteurs font de la langue noire une affection microbienne. Leurs recherches et les microbes qu'ils ont décrits n'entraînent pas encore la conviction. Or, comme rien dans son aspect ni dans son évolution n'indique que la langue noire soit réellement de nature parasitaire, nous la laissons provisoirement dans les dystrophies.

Hyperkératose des infundibula pilaires[1].

B. Le processus hypertrophique porte sur l'épiderme mais s'accompagne en outre d'un certain degré d'inflammation et de papillomatose.

Acné cornée[2].
Lichen pilaris seu spinulosus.
Keratosis follicularis contagiosa de Brooke.
Psorospermose folliculaire végétante ou maladie de Darier.
Acanthosis nigricans.
Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire.
Kératodermies palmaires et plantaires dites essentielles acquises et congénitales.
Erythème kératosique de Brooke.
Maladie de Meleda.

C. Hypertrophies du pigment cutané.

a) *Hyperchromies portant sur les éléments constitutifs de la peau.*

I. *Hyperchromies acquises spontanées.*

Lentigo. Ephélides.
Chloasma.

II. *Hyperchromies congénitales.*

Nævi pigmentaires.

b) *Hyperchromies et dyschromies des poils.*

c) *Hyperchromies des ongles.*

D. Le processus hypertrophique porte sur les annexes de l'épiderme.

a) *Poils* (Hypertrichose).

b) *Ongles* (Hypertrophie des ongles).

E. Le processus hypertrophique porte sur les éléments constitutifs du derme.

1° *Il porte* sur tous *les éléments constitutifs du derme.*

a) *États acquis.*

Les éléphantiasis[3].
La dermatolysie.

b) *États congénitaux.*

Nævi tubéreux non vasculaires.

2° *Le processus hypertrophique atteint les vaisseaux dermiques.*

Les télangiectasies.

a) *Acquises.*

Télangiectasies des vaisseaux sanguins.

[1] Il serait possible que l'hyperkératose des infundibula pilaires reconnût le microbisme pour cause première. En effet cette lésion siège d'ordinaire en des régions où l'on observe habituellement l'acné et la séborrhée. Mais rien ni dans l'aspect, ni dans les allures de cette affection, ne permet de déclarer d'emblée qu'elle doit être de nature parasitaire, et nous n'en connaissons pas encore le microbe pathogène.

[2] Nous répéterons pour cette affection et pour les trois suivantes ce que nous venons de dire à propos de l'hyperkératose des infundibula.

[3] L'éléphantiasis des pays chauds reconnaît parfois la filaire du sang comme agent pathogène; certains éléphantiasis nostras, certains éléphantiasis des pays chauds semblent avoir le streptocoque pour agent pathogène. D'autres microbes peuvent probablement contribuer à développer des états éléphantiasiques. Les actions mécaniques, les troubles circulatoires seuls peuvent-ils arriver au même but? Il semble logique de l'admettre, et certains faits cliniques conduisent à le penser (voir *Tableaux d'ensemble*).

Lymphangiectasies cutanées essentielles.
Asphyxies réticulaires ou livedo.
b) *Congénitales.*
Nævi vasculaires.

F. Le processus hypertrophique porte sur le tissu cellulaire sous-cutané.
Chalodermie.

Processus hypertrophiques circonscrits d'origine congénitale. (Vue d'ensemble.)

Les nævi.

Premier groupe. — Nævi non vasculaires.
1° *Nævi pigmentaires purs.*
Lentiginose profuse.
Lentigo malin.
2° *Nævi tubéreux non vasculaires.*
a) Nævi verruqueux mous.
b) Nævi molluscoïdes.
Neuro-fibromatose généralisée pigmentaire ou fibroma molluscum généralisé.
Nævi materni lipomatodes.
Nævi à comédons en bandes ou en plaques.
c) Nævi verruqueux durs.
d) Nævi adénomateux.
Adénomes sébacés et leurs variétés.
Adénomes des glandes sudoripares.
Hidradénomes éruptifs.
3° *Nævi atrophiques*[1].

Deuxième groupe. — Nævi vasculaires.
Nœvi vasculaires sanguins.
a) *Angiomes ou hémangiomes.*
b) *Nævi vasculaires lymphatiques.*
Lymphangiomes.
Lymphangiome tubéreux multiple de Pospelow.

Sous-classe II. — Dermatoses caractérisées par une diminution de la nutrition normale des tissus aboutissant a leur atrophie[2].

A. Le processus atrophique porte sur l'épiderme seul sans aucune modification des papilles.
a) Desquamations linguales.
b) Desquamation marginée aberrante en aires de la langue[3].

[1] Inutile de faire remarquer que les nævi atrophiques rentrent dans la sous-classe II : nous ne les avons mis ici que pour donner un tableau d'ensemble complet des nævi.

[2] Il est à peine utile de faire remarquer combien les relations qui existent entre ces faits et les trophonévroses sont étroites. Nous tenons cependant à les indiquer d'une manière générale pour nous éviter de continuelles redites. Il est par exemple presque impossible de ne pas ranger à côté des trophonévroses les atrophies cutanées. Nous ne les laissons dans cette classe qu'en insistant tout particulièrement sur la légitimité de ce rapprochement.

[3] Cette dermatose offre dans son aspect et dans son évolution tous les caractères d'une derma-

B. Le processus atrophique porte sur le pigment cutané.

a) Achromies ou leucodermies. Albinisme.

b) Canitie, décoloration des cheveux.

c) Leuconychie, décoloration des ongles.

C. Le processus atrophique porte sur les annexes de l'épiderme.

1° Atrophie des poils. Alopécies.

A. *Atrophies des poils et alopécies acquises.*

a) Atrophies propres des poils.

Trichoptilose.

Trichorrhexis nodosa[1].

Nodosités des poils.

b) *Alopécies proprement dites*[2].

Alopécies par mauvaise hygiène du cuir chevelu.

Alopécies dépendant d'états généraux, de maladies aiguës et chroniques et d'affections d'organes.

Alopécie sénile.

Alopécie prématurée idiopathique.

Alopécie séborrhéique[3].

B. *Alopecies congénitales.*

Alopécies congénitales essentielles primitives.

Alopécies congénitales secondaires à d'autres processus pathologiques.

2° Atrophies unguéales.

a) Atrophies unguéales congénitales.

b) Atrophies unguéales acquises dites essentielles.

Onychorrhexis.

Sillons ou dépressions transversales des ongles.

D. Le processus atrophique porte sur tous les éléments constitutifs du derme. Atrophies cutanées.

I. *Atrophies cutanées primitives ou essentielles.*

a) *Atrophies cutanées primitives généralisées.*

Congénitale.

Non congénitales.

tose microbienne. Nous avons beaucoup hésité à la classifier ici, et nous aurions tout aussi bien pu la ranger dans les dermatoses probablement microbiennes à microbes encore inconnus. Cependant nous n'en connaissons pas de cas de contagion, et, provisoirement, nous nous sommes décidés à la laisser dans les dystrophies.

[1] D'assez nombreux auteurs croient que la trichorrhexis nodosa est de nature microbienne. On en a même décrit le microbe pathogène. Sabouraud pense qu'elle est consécutive à l'action répétée de l'eau et du savon sur le poil. Il serait possible que la lésion de la trichorrhexis nodosa pût reconnaître plusieurs origines.

[2] La place que nous assignons aux alopécies proprement dites est des plus discutables pour beaucoup d'entre elles. Il est probable que l'on pourra ultérieurement, à mesure qu'on pénétrera la pathogénie des maladies générales, les classifier d'une manière plus logique. Pour le moment, c'est malheureusement impossible.

[3] D'après Sabouraud, l'alopécie séborrhéique est causée par le microbacille séborrhéique. Elle devrait donc, d'après lui, être rangée dans les maladies microbiennes. Mais cette opinion est fort discutée. Aussi nous sommes-nous décidé à laisser provisoirement l'alopécie séborrhéique à côté de l'alopécie prématurée idiopathique avec laquelle elle a les plus étroites affinités. Sabouraud considère d'ailleurs que l'alopécie prématurée idiopathique n'est que de l'alopécie séborrhéique.

Atrophie sénile ou régression sénile de la peau.

b) *Atrophies cutanées primitives circonscrites.*

α) *Atrophies partielles idiopathiques de la peau assez étendues.*

β) *Atrophies primitives circonscrites disposées en plaques,*

1° Atrophie partielle, idiopathique d'E. Vidal et Leloir.

2° Anétodermie érythémateuse de Jadassohn[1].

3° White-Spot disease.

II. *Atrophies cutanées secondaires.*

Macules atrophiques circonscrites.

III. *Autres affections que l'on peut rattacher aux atrophies cutanées.*

1° Kraurosis de la vulve.

2° Acrodermatitis chronica atrophicans.

3° Pseudo-pelade[2].

4° Vergetures[3].

Sous-classe III. — Dystrophies mixtes[4].

A. Dystrophies mixtes acquises.

a) *Le processus porte sur les annexes de l'épiderme.*

Dystrophies mixtes des poils.

Dystrophies mixtes des ongles.

Koilonychie.

Scléronychie.

Hyperkératose sous-unguéale.

b) *Le processus porte sur l'épiderme et sur le derme.*

Porokératose.

Leucoplasie.

Xeroderma pigmentosum.

Epithéliomatose pigmentaire.

Colloïd milium.

c) *Le processus porte sur le réseau élastique du derme.*

Pseudo-xanthome élastique.

B. Dystrophies mixtes congénitales.

Langue plissée, scrotale ou montagneuse.

Ichthyose.

Kératose pilaire.

Desquamation lamelleuse des nouveau-nés.

Kératome diffus congénital. Ichthyose fœtale.

Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie.

[1] Ce type morbide devrait peut-être être rangé dans les atrophies cutanées *secondaires* au lupus érythémateux.

[2] La nature réelle de la pseudo-pelade est totalement inconnue. Peut-être est-elle d'origine microbienne, mais rien jusqu'ici n'est venu justifier cette opinion. Au point de vue clinique elle semble avoir d'étroites relations avec le lupus érythémateux. Provisoirement nous la laissons donc dans le cadre des atrophies cutanées.

[3] Les vergetures ne sont pas à proprement parler des atrophies cutanées : ce sont des lésions d'origine mécanique.

[4] Dans les dystrophies mixtes les deux processus d'hypertrophie et d'atrophie cutanée se trouvent mélangés à des doses variables suivant les cas.

CLASSE IV. — Néoplasies cutanées dont la nature parasitaire n'est pas démontrée[1].

A. TUMEURS ÉPITHÉLIALES.

Callosité. Durillon.
Cor.
Cornes cutanées.
Épithéliomes cutanés.
Carcinomes cutanés.
Maladie de Paget du mamelon.
Épithéliome lymphatique en nappe.
Kystes.

I. *Kystes à contenu épidermique ou sébacé.*

a) Kystes folliculaires et sébacés : tannes.
b) Kystes dermoïdes.
c) Loupes.
d) Kystes épidermiques traumatiques.
e) Milium.

II. *Kystes à contenu séreux.*

Hidrocystome.

Adénomes.

a) Adénomes sébacés non symétriques.
b) Adénome sébacé circonscrit.
c) Maladie de Fordyce.
d) Kystadénomes des glandes sudoripares.

Cylindromes. Endothéliomes.

B. TUMEURS CONJONCTIVO-VASCULAIRES.

I. *Tumeurs ayant la structure des tissus normaux.*

Fibro-lipomes.
Fibromes.
Chéloïde[2].
Névromes.
Myomes.
Ostéomes et tumeurs calcaires.

II. *Tumeurs n'ayant pas la structure des tissus normaux.*

Xanthomes.
Sarcomes. Lymphosarcomes.
Lymphadénome.
Mycosis fongoïde.
Lymphodermie pernicieuse de Kaposi.
Les leucémides.

[1] Cette classe est éminemment artificielle. Elle renferme des néoplasies, comme les épithéliomes superficiels par exemple, dont on démontrera selon toute probabilité, dans un avenir plus ou moins rapproché, la nature parasitaire, et d'autres qui, à peu près sûrement, ne peuvent reconnaître cette origine. Nous adopterons pour grouper les affections que nous y rangeons la classification anatomique proposée par Darier dans son article Tumeurs de la *Pratique Dermatologique*.

[2] Certains dermatologistes croient que la chéloïde est d'origine microbienne. Ils s'appuient pour soutenir cette théorie sur certaines particularités cliniques. Mais on n'a jamais décrit d'agent pathogène parasitaire de la chéloïde, et rien dans son aspect n'autorise à la ranger d'emblée dans les dermatoses microbiennes à microbes encore inconnus.

SYMPTOMATOLOGIE

ET

ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALES

MODES D'EXPRESSION DES DERMATOSES

Au point de vue objectif les maladies de la peau sont constituées par un certain nombre de lésions primitives ayant un aspect et une anatomie pathologique spéciales à chacune d'elles, et dont la répétition à l'état pur ou à l'état de combinaison entre elles, aux divers degrés de leur évolution, constitue la dermatose. C'est ce qu'on appelle *les lésions élémentaires*.

Leur étude est donc capitale. C'est en quelque sorte, comme nous l'avons dit depuis longtemps, l'*alphabet* ou l'*abécédaire* de la dermatologie.

Prenons par exemple une éruption d'eczéma aigu et analysons-la : nous voyons qu'elle est constituée : 1° par des vésicules, spéciales de forme et de volume, intactes ou ouvertes; 2° par de la rougeur érythémateuse s'effaçant par la pression du doigt; 3° par des croûtelles variables de forme et de couleur; 4° par de la desquamation. Tous ces éléments sont combinés de manières diverses suivant les sujets, suivant les régions atteintes, suivant les phases de la maladie; il en résulte une physionomie générale assez particulière pour chaque cas, bien que l'analyse des symptômes objectifs permette de reconnaître toujours des lésions du même type. Or ces vésicules spéciales, cette rougeur érythémateuse, ces croûtelles, ces squames sont autant de lésions élémentaires dont le groupement constitue la dermatose.

L'étude de ces lésions élémentaires s'impose donc avant tout comme la partie la plus importante de la symptomatologie générale des dermatoses.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE DES DERMATOSES

On peut diviser les *lésions élémentaires de la peau* ou *éléments éruptifs*, en deux classes :

I. *Lésions élémentaires constituant les premières manifestations de la maladie*; on les appelle *lésions élémentaires primitives* ou *éléments éruptifs*.

primaires ; elles sont au nombre de treize : 1° taches pigmentaires ou macules; 2° taches vasculaires; 3° purpura; 4° exanthèmes; 5° plaques ortiées; 6° papules; 7° tubercules; 8° gommes; 9° tumeurs; 10° vésicules; 11° bulles; 12° pustules; 13° squames.

II. *Lésions élémentaires survenant à la suite de lésions élémentaires primitives;* elles sont le produit de leur transformation, ou sont occasionnées par des causes accidentelles telles que le traumatisme ; on les appelle *lésions élémentaires secondaires* ou *éléments éruptifs secondaires* ; elles sont au nombre de six : 1° excoriations; 2° lichénifications; 3° ulcères; 4° fissures; 5° croûtes; 6° cicatrices.

LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES PRIMITIVES

Généralités sur les macules ou taches.

Pour quelques auteurs, pour Hébra en particulier, l'exanthème et le purpura rentrent dans les macules ou taches. Le chef de l'école de Vienne définit les macules ou taches : toute espèce de changement dans la coloration normale de la peau résultant d'une maladie, ne s'accompagnant que de peu ou point d'épaississement du derme, et non uniformément répandu sur toute la surface du corps.

Quelques dermatologistes réservent le mot de *macule* aux altérations congénitales de la coloration de la peau, celui de *tache* aux altérations acquises.

E. Besnier donne le nom de *taches* aux colorations anormales de la peau *primitives*, limitées à une région circonscrite, et celui de *macules* aux colorations anormales consécutives à diverses éruptions dont elles ne sont que le reliquat.

Leloir appelle *taches* les troubles permanents de longue durée survenus dans la coloration des téguments : il réserve le nom de *macules* aux troubles de coloration éphémères et passagers.

On voit donc que la signification des deux mots macule et tache est éminemment variable suivant les auteurs.

Nous croyons qu'il faut distinguer dans le groupe des taches tel qu'il a été constitué par Hébra quatre grandes classes d'après leur nature et leur aspect.

« Dans un *premier groupe* on peut ranger les *altérations de coloration des téguments qui tiennent presque toujours, sauf quelques exceptions, à des troubles de la pigmentation cutanée normale.* Ces lésions offrent deux caractères majeurs : 1° elles ne s'effacent pas par la pression du doigt ; 2° elles persistent pendant fort longtemps, parfois même pendant toute la vie : nous les décrirons sous le nom de macules ou taches proprement dites ou encore de *taches pigmentaires.*

Dans un *deuxième groupe* nous rangerons les *altérations de la coloration de la peau qui tiennent à des dilatations vasculaires* : leurs caractères pathognomoniques sont : 1° de s'effacer en totalité ou en partie pendant un très court espace de temps par la pression du doigt ; 2° de persister sans grandes modifications apparentes pendant fort longtemps, sinon toujours ; 3° de ne s'accompagner pour ainsi dire jamais de phénomènes inflammatoires. Nous leur donnons le nom de *taches vasculaires.*

Le *troisième groupe* comprend des *altérations de la coloration de la peau qui dépendent d'extravasations sanguines dans l'épaisseur même des tissus cutanés.* Elles ont comme caractères principaux : 1° de ne pas s'effacer par la pression du doigt; 2° de disparaître avec une rapidité relative. Ce sont les *purpuras.*

Le *quatrième groupe* est constitué par des *modifications de la teinte normale des téguments de nature inflammatoire*, tenant à un processus d'hypérémie ou d'exsudation sans formation de saillies notables. Ce sont des taches d'un rouge variable, plus ou moins étendues, presque toujours de forme assez irrégulière et qui ont pour caractères pathognomoniques : 1° de s'effacer momentanément sous la pression du doigt ; 2° de disparaître assez vite ; 3° de s'accompagner de phénomènes inflammatoires. Nous donnerons à ces lésions le nom d'*exanthèmes*. » (L. Brocq, Pathologie générale de la peau. *Pratique Dermat.*, t. I, 1900).

1° Taches proprement dites. — Les taches proprement dites sont presque toujours des taches pigmentaires, c'est-à-dire des modifications de la coloration des téguments tenant soit à un excès, soit à un défaut du pigment cutané normal. Mais il peut y en avoir aussi qui ne reconnaissent pas cette origine. Nous devons donc établir deux divisions principales : A. *taches pigmentaires*; B. *taches non pigmentaires*.

A. Taches pigmentaires. — Ce sont des altérations permanentes et profondes de la coloration de la peau en plus ou en moins, ne disparaissant pas par la pression du doigt, plus ou moins étendues, quelquefois presque généralisées, ne formant pas le plus souvent de saillie au-dessus du niveau des téguments et ne s'accompagnant d'aucun symptôme d'inflammation.

Elles se subdivisent en :

a) *Taches pigmentaires congénitales;*

α) *Avec excès de pigment* comprenant tous les nævi pigmentaires;

β) *Avec défaut de pigment* comprenant l'albinisme, lequel peut être partiel (hommes pies) ou généralisé.

b) *Taches pigmentaires acquises ;*

α) *Avec excès de pigment* ; elles peuvent être :

1° *Primitives*, c'est-à-dire qu'elles se forment d'emblée sur une peau semblant être primitivement saine. Elles sont dans la plupart des cas *circonscrites*, disposées en petits éléments arrondis ou ovalaires, comme dans le lentigo, les taches de rousseur, les éphélides, ou bien plus étendues, à bords plus ou moins nets comme dans le chloasma; parfois elles sont *diffuses* comme dans les pigmentations arsénicales, dans certains états morbides généraux de l'organisme tels que la maladie d'Addison, la maladie des vagabonds, etc.

Fig. 1. — Vitiligo de l'abdomen.

Taches pigmentaires par défaut de pigment (achromie), et exagération du pigment (hyperchromie).

2° *Secondaires*[1], c'est-à-dire consécutives à d'autres lésions cutanées ayant ou non laissé des cicatrices visibles, comme dans les pemphigus, le lichen ruber planus, etc., ou bien à des grattages, comme dans la phthiriase, ou à des traumatismes répétés (pression des bandages, du corset, etc...)

β) *Avec défaut de pigment.* Elles peuvent être elles aussi :

1° *Primitives* comme dans les leucopathies ;

2° *Secondaires* comme dans les cicatrices;

[1] Inutile de faire remarquer que ce groupe devrait être reporté parmi les *Lésions élémentaires secondaires;* nous ne le laissons ici que pour la commodité de la description.

γ) *Avec déplacement du pigment* qui abandonne certaines régions pour se porter à leur périphérie, de telle sorte qu'il y a à la fois hyperchromie périphérique et achromie centrale, comme dans le vitiligo.

Au point de vue anatomo-pathologique les pigmentations anormales sont dues à des accumulations de grains noirs, bruns ou jaunes dans le stratum germinativum et dans le corps papillaire (Darier).

B. Taches non pigmentaires. — Ce sont des modifications de la coloration normale de la peau dans lesquelles le pigment cutané ne joue aucun rôle. Elles sont *circonscrites*, comme les taches bleues du phthirius pubis, ou *diffuses*, comme dans l'argyrie ou dans l'ictère.

2° Taches vasculaires. — Ce sont des altérations permanentes de la coloration de la peau dues à la dilatation des petits vaisseaux sanguins du derme. Elles diffèrent des précédentes par leur coloration qui varie du rose au rouge foncé et par la possibilité de les faire disparaître en partie par la pression du doigt. Elles ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire apparente. Leur type est donné par les nævi vasculaires, et alors elles sont *congénitales* : elles peuvent être *acquises* comme dans les télangiectasies en plaques, les angiokératomes.

Fig. 2. — Purpura des membres inférieurs.

On voit sur cette photographie : 1° de petites taches punctiformes (pétéchies) ; 2° de larges taches constituées : *a*) par un centre noirâtre, *b*) par une périphérie d'un rouge vif (ecchymoses).

3° Purpura. — Le purpura est constitué par une tache d'un rouge vif, qui ne s'efface pas par la pression du doigt, et qui tend à disparaître spontanément au bout d'une à deux semaines en passant graduellement par des teintes violacées, d'un bleu rougeâtre, verdâtre, jaunâtre, d'un brun jaune éteint. D'après sa pathogénie on donne aussi à cette lésion le nom d'*hémorragie cutanée*.

On distingue, suivant leurs formes et leur grandeur, trois variétés objectives de purpura :

a) Les *pétéchies* qui sont des taches punctiformes d'une grandeur variant de celle d'une tête d'épingle à celle de l'ongle, arrondies, ovalaires ou même un peu irrégulières;

b) Les *vibices* qui se présentent sous la forme de sillons, de raies, de stries;

c) Les *ecchymoses*, qui sont des taches fort étendues, planes ou plus ou moins saillantes.

Le purpura peut apparaître d'emblée sur une peau primitivement saine, c'est alors une lésion élémentaire primitive ; mais il peut aussi survenir comme complication d'une éruption préexistante, par exemple dans l'eczéma des membres inférieurs. Ce n'est pourtant pas alors une lésion élémentaire secondaire, puisque la lésion élémentaire secondaire véritable n'est qu'une conséquence directe, une suite, un reliquat de lésions élémentaires primitives : c'est bien toujours, même

dans ces cas, une lésion élémentaire primitive qui vient compliquer un tableau morbide créé par d'autres lésions élémentaires primitives.

« Le sang en nature, avec ses globules blancs, est répandu à une hauteur variable dans les mailles du derme, depuis l'hypoderme jusqu'aux papilles. Il subit avec le temps les altérations habituelles du sang épanché, séparation de la fibrine, décoloration progressive des globules dont l'hémoglobine diffuse sur les éléments voisins et se transforme en hématine, désintégration granuleuse et enfin résorption des globules. » (Darier, *Pratique Dermat.*, t. I, p. 75).

Au point de vue pathogénique, le purpura se produit probablement par rupture vasculaire, à la suite de certaines lésions des vaisseaux, capillarite desquamative, endartérite oblitérante, dégénérescence hyaline ou amyloïde, embolie et thrombose capillaire; mais Darier fait remarquer que presque toujours les vaisseaux que l'on rencontre dans le purpura offrent une intégrité remarquable.

Tout récemment on a surtout incriminé des altérations du sang, des toxines microbiennes ou autogènes, enfin une influence du système nerveux, pour expliquer la pathogénie du purpura.

4° Exanthèmes. — On donne le nom *d'exanthèmes* (macules de Leloir) à des taches d'un rouge variable, plus ou moins étendues, plus ou moins circonscrites, ne faisant pas de saillie notable sur la surface des téguments, et ayant pour caractères pathognomoniques de disparaître momentanément sous la pression du doigt et de se terminer rapidement soit par la résolution complète, soit par la desquamation. Il existe toujours un certain degré d'inflammation des téguments.

Voici quelles sont les principales variétés objectives de l'exanthème.

a) On désigne sous le nom de *roséole* de petites taches rouges, arrondies, ovales ou allongées, parfois irrégulières, d'une étendue qui varie de celle d'une lentille à celle de l'ongle, assez nettement circonscrites. C'est dans ce groupe que rentrent les éruptions de la rougeole, des diverses roséoles, y compris la roséole syphilitique, les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde, etc...

b) On désigne sous le nom d'*Erythème proprement dit* des plaques d'un rouge plus ou moins vif, étendues sur une surface plus ou moins large, n'ayant le plus souvent ni formes, ni limites bien précises. Ce groupe renferme les variétés maculeuses de l'Erythème polymorphe, la plupart des érythèmes proprement dits, etc...

c) Enfin on donne le nom d'*aréole* ou *halo* aux cercles érythémateux qui se développent autour des foyers inflammatoires.

Au point de vue anatomo-pathologique les exanthèmes sont essentiellement constitués par de l'hyperémie des vaisseaux, des papilles et de la couche la plus superficielle du chorion, par de la dilatation des plexus sous-papillaires et papillaires (Darier).

Leloir les a divisés depuis longtemps à ce point de vue en deux grandes classes : 1° Les *Exanthèmes par dilatation vasculaire simple* qui sont toujours plans et qui disparaissent totalement par la pression comme la roséole émotive ; ils n'ont absolument rien d'inflammatoire ; 2° les *Exanthèmes congestifs avec diapédèse* d'une partie du sérum et de quelques éléments figurés du sang, qui font un peu saillie et qui ne disparaissent que difficilement par la pression. Ces dernières lésions établissent le passage entre les érythèmes purs et les papules congestives.

On y constate « un gonflement du protoplasma des cellules conjonctives, surtout au voisinage des vaisseaux, la présence de globules blancs, et même de quelques globules rouges formant des manchons périvasculaires ; dans l'épiderme, de la tu-

méfaction du protoplasme des cellules malpighiennes, et un certain accroissement de la zone claire périnucléaire » (Darier, *Pratique Dermat.*, p. 72).

5° Plaques ortiées. — On désigne en Angleterre et en Amérique sous le nom de Wheals, en Allemagne sous le nom de *Pomphyx*, de *Quaddeln*, des élevures aplaties, plus rarement hémisphériques, de forme variable, arrondies, allongées, ovalaires ou irrégulières, plus ou moins considérables, tantôt d'un rouge pâle ou d'un rouge vif, tantôt blanches cerclées de rouge, donnant au doigt une sensation de

Fig. 3. — Dermographisme.

La lésion élémentaire est celle de l'urticaire (le dermographisme serait de l'urticaire factice s'il était prurigineux.)

dureté et de tension, et d'une durée éphémère. C'est la lésion élémentaire de l'urticaire : c'est ce que nous appelons en France *élevures urticariennes* ou *piaques ortiées*.

Elles s'accompagnent d'ordinaire, mais pas toujours (dermographisme), de sensations de brûlure et de prurit.

Au point de vue anatomo-pathologique la lésion dominante est ici l'œdème avec congestion, c'est-à-dire un épanchement de sérosité entre les faisceaux conjonctifs de la peau : ce liquide exsude au niveau du corps papillaire avec une telle violence qu'il comprime les capillaires, en fait refluer le sang et produit ainsi une anémie de la région atteinte, anémie qui se traduit par une pâleur caractéristique des téguments.

6° Papules. — Les *papules* sont de petites élevures de la peau, solides, c'est-à-dire ne contenant pas de liquide, résistantes, circonscrites, à évolution assez rapide, résolutives, et essentiellement constituées au point de vue anatomique par des infiltrats de la couche superficielle du derme, de telle sorte qu'après leur évolution elles ne laissent dans la majorité des cas aucune cicatrice, aucune trace de leur existence.

Leur forme peut être des plus variables : elles sont acuminées, sèches, péripilaires, minuscules, de la grosseur d'une toute petite ou d'une grosse tête d'épingle dans la kératose pilaire.

« Dans le pityriasis rubra pilaris, elles sont également acuminées, ou plutôt franchement coniques, beaucoup plus saillantes, et d'ordinaire beaucoup plus colorées que dans la kératose pilaire.

« Dans la syphilis dite acnéique miliaire ou lichénoïde, elles sont un peu plus volumineuses, de la grosseur d'une moyenne ou d'une forte tête d'épingle, acuminées, sèches, d'un rouge un peu bistre ou cuivré. Dans la syphilis acnéique simple, elles arrivent à avoir les dimensions d'un petit pois ; leur teinte

varie du rouge bistre au rouge vif : elles portent souvent une croûtelle à leur sommet.

« Dans la syphilis dite papuleuse vraie, elles sont plus larges, plus étalées, de la dimension d'une lentille ou de l'ongle du petit doigt, arrondies, aplaties, quoique faisant une légère saillie au-dessus du niveau normal des téguments ; elles donnent au toucher une sensation d'épaississement ou d'infiltration assez superficielle des tissus ; parfois elles sont franchement hémisphériques, lisses ou recouvertes d'une fine squame, ou entourées d'une légère collerette blanche d'épiderme en desquamation (collerette de Biett). Leur teinte est d'un rouge pâle un peu bistre tirant sur le cuivre ou sur la couleur jambon.

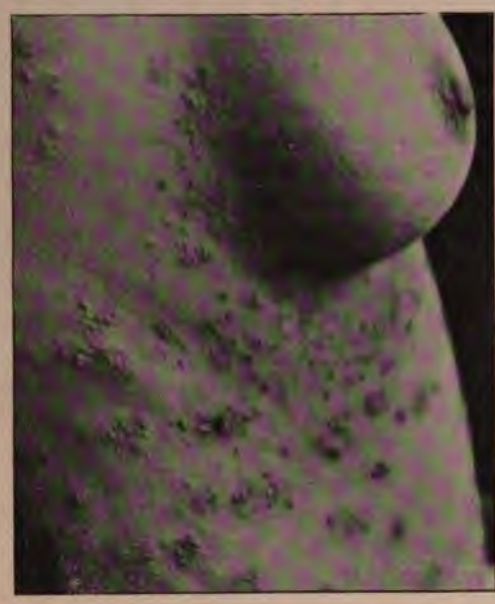


Fig. 4. — Syphilide papuleuse du tronc.
On voit des papules arrondies, légèrement acuminées, isolées ou groupées.

« Dans le lichen ruber planus, elles sont planes, brillantes à leur surface, comme si elles présentaient une facette polie, limitées par des contours polygonaux, et leur diamètre varie de 1 à 3 millimètres environ. Leur teinte est d'ordinaire d'un rose un peu pâle, parfois d'un rouge assez vif, parfois elle tire sur le brun.

« Dans le lichen ruber obtusus vrai, elles sont d'un rose assez vif et nettement hémisphériques : leur grosseur varie de celle d'un petit pois à celle d'un pois de très fortes dimensions.

« Dans le lichen ruber obtusus corné, elles ont à peu près la même teinte, la même forme, mais elles peuvent atteindre des dimensions beaucoup plus considérables ; les téguments sont épaissis et infiltrés à leur niveau, et elles se recouvrent à leur sommet de fines squames grisâtres stratifiées extrêmement adhérentes, etc...

« D'ailleurs il est relativement rare de voir des papules réellement pures ; presque toujours elles sont associées à d'autres lésions élémentaires, aux squames comme dans la kératose pilaire, le pityriasis rubra pilaire, etc... ; au purpura, aux vésicules, aux pustules, aux croûtes, etc... Nous reviendrons sur ce point si important quand nous parlerons des lésions mixtes. » (Brocq, *Pratique Dermat.*, p. 149, t. I.)

Fig. 5. — Lichen plan de l'avant-bras.
Papules aplaties, isolées ou groupées, quelques-unes sont ombiliquées.

Au point de vue anatomie pathologique Leloir a divisé les papules en : a) *papules congestives*, qui sont réductibles par une pression prolongée comme dans certaines variétés d'Erythème polymorphe, et en : b) *papules néoplasiques*, dans lesquelles l'infiltration par les cellules embryonnaires et la prolifération des cellules fixes des tissus l'emportent de beaucoup sur les troubles vasculaires ; aussi

ne peut-on les réduire par la pression ; exemple : les papules syphilitiques.

Darier propose la classification suivante : a) *papules ortiées*, réductibles par la pression énergique, et qui sont dues à l'œdème du corps papillaire comme dans l'érythème papuleux ; b) *papules dermiques* qui sont dues à un infiltrat cellulaire siégeant dans le corps papillaire et dans le derme, quel que soit d'ailleurs cet infiltrat cellulaire, cellules conjonctives hypertrophiques, Mastzellen, leucocytes, cellules éosinophiles, cellules plasmatiques ou plasmazellen comme dans la syphilis, cellules lymphoïdes, cellules rondes ou embryonnaires, etc...; elles sont partiellement réductibles par la pression ; c) *papules épidermiques* dues à l'hypertrophie du corps muqueux, c'est-à-dire à l'hyperacanthose comme dans le lichen simplex chronique, et qui sont irréductibles par la pression. Mais cette division est trop schématique, car il y a des papules comme celles du lichen plan dans lesquelles on trouve à la fois de l'hyperkératose, de l'hyperacanthose et de l'infiltrat cellulaire du corps papillaire et des couches supérieures du derme [1].

Fig. 6. — Verrues vulgaires de la main.

Papules superficielles. — On y voit en outre sur la photographie des lambeaux épidermiques en desquamation consécutifs à l'application d'un acide.

7° Tubercules. — On donne le nom de tubercules à des productions morbides solides, c'est-à-dire ne contenant pas de liquide, le plus souvent saillantes, mais pouvant ne pas l'être, circonscrites, arrondies, à évolution lente, non résolutives spontanément, infiltrant les couches profondes du derme, de telle sorte qu'elles laissent fréquemment après elles des cicatrices.

Fig. 7. — Lupus vulgaires du nez.

On y voit : 1° des nodules lupiques non ulcérés à la partie supérieure ; 2° des nodules lupiques ulcérés vers les narines et la lèvre supérieure ; 3° de la cicatrice blanche vers la partie médiane de la lèvre supérieure.

Au sujet de la différenciation de la papule et du tubercule, nous adoptons les idées soutenues par E. Besnier et A. Doyon dans leur annotation de Kaposi. Les deux grands caractères qui différencient le tubercule de la papule sont, d'après nous, la profondeur de l'infiltration du derme et la lenteur de l'évolution ; la papule est au contraire une lésion superficielle et assez fugace. C'est une erreur de croire avec quelques auteurs que le terme tubercule désigne une lésion plus volumineuse que celle à laquelle s'applique le terme de papule. Les tubercules peuvent être énormes et faire des saillies très notables comme dans la lèpre ou dans certaines syphilides tertiaires ; mais par contre ils peuvent être minuscules et ne

[1] Voir plus loin au chapitre de l'*Anatomie pathologique générale* l'explication des termes hyperkératose, parakératose, et hyperacanthose.

pas faire la moindre saillie, ainsi qu'il est fréquent de l'observer dans certains lupus.

Quelques dermatologistes donnent le nom de papulo-tubercules à des éléments presque toujours purement papuleux, mais fort volumineux et fort saillants, comme on en observe dans certains érythèmes polymorphes ou dans certaines éruptions de syphilis secondaire : on doit les appeler *papules géantes*.

Il y a néanmoins des cas intermédiaires dans lesquels on est fort embarrassé pour savoir s'il s'agit d'une papule ou d'un tubercule ; en réalité il n'y a pas de ligne de démarcation nette entre ces deux lésions élémentaires.

D'après E. Besnier on devrait distinguer deux grandes variétés de tubercules d'après le point précis où ils se forment. Il appelle *tubercules dermiques* ceux qui naissent dans les couches moyennes et profondes du chorion et *tubercules hypodermiques* ceux qui naissent dans l'hypoderme.

D'après nous les *tubercules dermiques* sont seuls vraiment dignes du nom de tubercules.

Leur volume est éminemment variable selon les cas : ils peuvent être minuscules comme les tubercules lupiques au début : d'ordinaire leur grosseur varie de celle d'une forte tête d'épingle à celle d'un gros pois.

Leur forme est arrondie ; plus rarement ovalaire.

Leur coloration est également variable selon les affections : dans le lupus ils sont d'un rouge jaunâtre, comme transparents, assez semblables à du sucre d'orge; dans la lèpre, ils sont d'un rouge bistre pâle; dans la syphilis, d'un rouge cuivré.

Ils peuvent ne faire aucune saillie au-dessus du niveau normal des téguments comme dans certains cas de lupus : leur mollesse est telle dans cette affection que souvent ils ne donnent au toucher aucune sensation bien nette d'infiltration.

Il est plus fréquent de leur voir faire une certaine saillie presque toujours hémisphérique, à moins que par confluence de plusieurs éléments voisins ils ne forment une sorte de plateau plus ou moins mamelonné, surélevé au-dessus du niveau des téguments comme dans la lèpre tuberculeuse ou dans beaucoup de cas de lupus vulgaire. Parfois même ils peuvent arriver à former de véritables tumeurs.

Après leur évolution, ils laissent presque toujours une cicatrice, caractère différentiel considérable d'avec les papules qui aboutissent d'ordinaire à la restitutio ad integrum des téguments.

Les *tubercules hypodermiques* d'E. Besnier auxquels on a aussi donné les noms de *Phyma*, *Knollen*, *nodosités*, etc..., sont des lésions d'ordinaire beaucoup plus considérables que les précédentes ; elles ont leur point de départ dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leur évolution ultérieure est fort différente suivant les cas : on ne peut guère la schématiser. On doit rattacher à cette lésion élémentaire les nodosités rhumatismales, certaines gommes au début, etc...

Au point de vue anatomo-pathologique les tubercules sont formés par des infiltrats cellulaires, à cellules variables de nature suivant les cas, plus ou moins cohérents et étendus, et qui s'accompagnent de dégénérescence marquée du stroma dermique, particularité qui explique pourquoi ils aboutissent d'ordinaire à une cicatrice. (Darier, *loc. cit.*)

8° Gomme. — On donne le nom de *Gomme de la peau* à des *productions morbides* plus ou moins volumineuses, siégeant dans les couches profondes du derme ou de l'hypoderme, dures, faisant une saillie arrondie plus ou moins notable et

plus ou moins colorée en rouge, de nature inflammatoire et non résolutive (Leloir), tendant le plus souvent à la suppuration centrale et à l'ouverture à l'extérieur sous forme d'un ulcère profond, que suit une cicatrice indélébile, mais pouvant aussi se terminer par sclérose ou par résorption interstitielle.

Il y a de grandes analogies entre le tubercule et la gomme : il est souvent fort difficile de les distinguer l'un de l'autre. Le tubercule peut en effet s'ulcérer comme la gomme. Voici cependant une différence : le tubercule infiltre toujours dès le début les couches superficielles du derme en même temps que les couches profondes, tandis que la gomme laisse d'abord intactes les couches superficielles du derme. La gomme est d'ordinaire beaucoup plus volumineuse que le tubercule.

Fig. 8. — Gommes tuberculeuses de la joue droite.

On voit sur cette photographie plusieurs gommes bacillaires non ouvertes linéairement rangées suivant le trajet des lymphatiques de la région. A la surface de deux d'entre elles, existent des lambeaux épidermiques en desquamation consécutifs à des applications irritantes.

Les gommes sont surtout symptomatiques de la scrofulo-tuberculose et de la syphilis.

Dans la scrofulo-tuberculose, elles ont une évolution lente, modérément inflammatoire ; elles n'ulcèrent les téguments que longtemps après leur apparition et aboutissent à des ulcérations anfractueuses, à bords décollés, à allures torpides, atones.

Dans la syphilis au contraire, elles ont presque toujours une évolution relativement rapide, inflammatoire ; elles s'accompagnent d'une rougeur vive des téguments, d'empâtement et d'œdème des tissus périphériques, parfois même de quelques phénomènes douloureux. Elles aboutissent à des ulcérations largement ouvertes, à bords taillés à pic.

9° Tumeurs. — On donne le nom de *tumeurs* de la peau à des productions morbides de forme, de grosseur et de consistance variables, ayant de la tendance à persister fort longtemps et à s'accroître, et qu'on ne peut ranger ni dans les papules, ni dans les tubercules à cause de leur volume, ni dans les gommes à cause de l'évolution si spéciale de ces dernières. C'est un groupe bien artificiel, car en somme les tubercules et les gommes constituent eux aussi de véritables tumeurs, et d'autre part la tumeur ne peut guère être considérée comme une lésion élémentaire de la peau.

Fig. 9. — Lymphosarcome du pli inguinal droit chez une femme.

C'est un type de tumeurs cutanées, les unes pédiculées, les autres sessiles.

Si nous conservons ce groupe, c'est parce qu'il nous paraît encore être d'une certaine utilité en raison même de son manque de précision pour désigner une fort nombreuse série de lésions cutanées qui peuvent à la rigueur rentrer dans ce cadre si élastique. Tels sont les sarcomes, les épithéliomes, les carcinomes, les kéloïdes, les myomes, les dermatomyomes, les xanthomes, etc...

10° Vésicules. — On donne le nom de vésicules à de petits soulèvements circonscrits, arrondis ou acuminés de l'épiderme, contenant de la sérosité transparente.

Les vésicules sont le plus souvent arrondies, hémisphériques comme dans l'herpès typique; elles sont rarement irrégulières, à contours anguleux comme dans l'érythème polymorphe ou les dermatites polymorphes douloureuses : elles ne prennent d'ordinaire cette forme que par confluence de plusieurs éléments voisins. On en observe parfois d'acuminées, plus rarement de déprimées à leur centre, en ombilic.

Fig. 10. — Trichophytie d'origine équine de la région dorsale du poignet compliquée d'une éruption artificielle par suite d'applications locales d'acide phénique.

On y voit : 1° à la partie inférieure de la photographie une énorme quantité de vésicules de toutes les dimensions ; 2° à la partie supérieure et médiane de la photographie des soulèvements plus importants de l'épiderme par de la sérosité transparente arrivant déjà à la phlyctène.

Leur grosseur est éminemment variable suivant les maladies, et suivant les cas.

Dans l'eczéma typique, elles sont minuscules, de la grosseur d'une fine tête d'aiguille ou même d'une pointe d'aiguille, et assez souvent elles ne sont perceptibles qu'à la loupe, à moins que l'on n'ait de bons yeux de myope.

Dans l'eczéma dit vésiculeux, expression qui pour nous n'est qu'un pléonasme, car toute dermatose pour être classifiée eczéma doit être vésiculeuse, elles peuvent atteindre les dimensions d'une moyenne ou d'une grosse tête d'épingle. Elles sont alors hémisphériques.

Dans l'herpès et dans la dysidrose, elles ont les dimensions moyennes d'une grosse tête d'épingle; mais, par confluence, elles peuvent arriver à avoir le volume d'une véritable bulle, et même à former des soulèvements phlycténoïdes de l'épiderme.

Leur couleur varie quelque peu selon leur contenu : d'ordinaire, comme dans les sudamina, l'eczéma, la dysidrose, l'herpès, etc... elles sont transparentes, cristallines, bien tendues. Dans quelques cas, comme dans certaines zonas, elles sont hémorragiques. A mesure qu'elles vieillissent, elles peuvent se troubler, devenir lactescentes, prendre l'aspect de pustules, ou se rider par résorption du liquide, s'affaisser peu à peu et se terminer par formation de croûtelles ou par desquamation; ou bien elles se rompent d'emblée dès leur première période, et ne passent pas par les phases que nous venons d'énumérer.

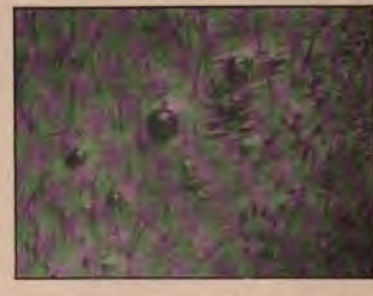


Fig. 11. — Éruption d'ordre trophique chez un ancien syphilitique.

On y voit : 1° des vésicules desséchées recouvertes de fines croûtelles noirâtres ; 2° des vésicules en activité, transparentes ; 3° du soulèvement bulleux de l'épiderme.

Les croûtes qui leur succèdent varient de forme : 1° suivant que la vésicule s'est desséchée sans se rompre, et dans ce cas elles sont arrondies, plus ou moins épaisses et adhérentes, jaunâtres ou brunâtres, parfois noirâtres quand le contenu a été hémorragique; 2° suivant que la vésicule s'est rompue rapidement, soit spontanément,

soit à la suite de traumatismes, et dans ce cas elles sont irrégulières, sans forme définie, et leur coloration dépend surtout de l'intensité des grattages, et des inoculations surajoutées.

On peut diviser, ce nous semble, les vésicules d'après leur siège en deux variétés : 1° les *vésicules superficielles* qui sont éphémères et qui se rompent avec facilité, comme celles des sudamina ; 2° les *vésicules profondes* qui ont une enveloppe épaisse, qui durent longtemps, et qui se terminent d'ordinaire, sauf ouverture artificielle, par résorption lente et graduelle de leur contenu, comme celles de la dysidrose.

Au point de vue anatomo-pathologique, il semble que l'on puisse diviser les vésicules en deux grandes catégories suivant qu'elles résultent de l'accumulation du liquide dans l'intérieur des cellules malpighiennes, ou entre ces cellules. Il y aurait donc des *vésicules parenchymateuses*, et des *vésicules interstitielles;* mais les deux modes de formation se combinent fréquemment (Darier).

a) *Vésiculation parenchymateuse.* — Tout d'abord l'endoplasme s'accroît; en même temps que le protoplasme se liquéfie à ce niveau, l'exoplasme est repoussé à la périphérie. Peu à peu l'œdème intracellulaire augmente, et la cellule prend l'aspect d'une vésicule unicellulaire qui n'est plus limitée que par une mince membrane : c'est le processus auquel Leloir a donné le nom d'*altération cavitaire*. On a dès lors un aspect tout à fait analogue à celui du tissu végétal (Darier). Les vésiculettes unicellulaires peuvent s'ouvrir les unes dans les autres de façon à former une vésicule visible à l'œil nu. Les noyaux des cellules malpighiennes ainsi altérées subissent des modifications variables : ils peuvent être hypertrophiés, mais difficilement colorables, ou atrophiés, déformés, fragmentés. Un certain nombre de cellules de la région atteinte échappent d'ordinaire à cette altération : elles se laissent comprimer et étirer, et elles constituent un réseau qui cloisonne la vésicule (Darier). Le plafond de la vésicule est formé par des cellules malpighiennes intactes, ou par le stratum granulosum dépourvu d'éléidine.

Le liquide contenu dans la vésicule est séreux, rempli de granulations, souvent riche en fibrine qui forme des filaments ou des réseaux (Darier). Au bout d'un certain temps il se produit un afflux leucocytaire qui vient du derme, qui envahit les cavités vésiculaires et même des cavités unicellulaires, et qui transforme la vésicule en une vésico-pustule (Darier). Cette vésicule parenchymateuse s'observe dans la variole, la vaccine, la varicelle, etc...

b) *Vésicule interstitielle ou par œdème intercellulaire.* — Elle consiste essentiellement en la dissociation des cellules du rete par de l'œdème interstitiel qui refoule les cellules, les déforme de manière à constituer des cavités intercellulaires. C'est à ce processus qu'Unna a donné le nom d'*état spongoïde*, et E. Besnier celui de spongiose, comparant assez heureusement l'aspect du corps muqueux ainsi altéré à celui d'une éponge.

Dans l'eczéma vrai (Darier, Sabouraud), ce processus débute fréquemment au sommet d'une papille dermique, mais presque toujours il gagne ensuite tout le corps muqueux. Le stratum granulosum sus-jacent perd d'ordinaire son éléidine, les cellules cornées gardent leurs noyaux à ce niveau : en somme il s'y produit de la parakératose.

Le liquide des vésicules interstitielles est peu riche en fibrine ; peu à peu il vient s'y ajouter des leucocytes provenant du corps papillaire.

Ces vésicules sont donc uniloculaires comme les bulles, quoiqu'elles n'aient pas le même mode de formation.

C'est là le mécanisme suivant lequel se forment les vésicules de l'eczéma vrai, de la miliaire, de la dysidrose, de la trichophytie cutanée.

On a encore décrit d'autres modes de formation des vésicules, par exemple ce qu'Unna a décrit sous le nom *d'altération ballonisante* dans le zona : dans ce cas « les cellules épithéliales, sans augmenter de volume, deviennent troubles, se colorent comme la fibrine, se détachent les unes des autres par perte de leurs filaments d'union, et flottent dans le liquide de la vésicule ; çà et là quelques-unes de ces cellules deviennent énormes, rondes et creuses comme des ballons, et renferment jusqu'à vingt ou trente noyaux nés par division indirecte : ce sont de véritables cellules géantes épithéliales. Le liquide vésiculaire du zona n'en est pas moins en majeure partie intercellulaire ». (Darier, *Pratique Dermat.*)

11° Bulles. — Phlyctènes. — Les *bulles* peuvent être définies au point de vue objectif des *vésicules de grandes dimensions*. Ce sont des soulèvements plus ou moins étendus de l'épiderme contenant, lors de leur apparition, un liquide séreux, séro-purulent ou sanguinolent. Leur forme peut être régulièrement arrondie, hémisphérique ; elles sont alors distendues par le liquide qu'elles renferment. Parfois elles sont ovalaires ou franchement irrégulières : leur base présente des angles rentrants, et dans ce cas elles résultent presque toujours de la confluence de deux ou de plusieurs éléments voisins.

Fig. 12. — Bulle typique du pied.

Elles peuvent aussi être flasques et ridées et renfermer à peine un peu de sérosité transparente ou jaunâtre, laquelle obéit alors aux lois de la pesanteur et s'accumule vers les parties déclives.

Leurs dimensions varient de celles d'un gros pois à celles d'un œuf de dinde et même davantage : une bulle unique peut atteindre ces dimensions colossales ; plusieurs bulles voisines peuvent se réunir pour former des soulèvements épidermiques fort étendus, semblables à une phlyctène de vésicatoire. D'ailleurs leur volume varie suivant les cas, suivant les phases de la maladie, et, chez un même sujet, au même moment, en une même région.

Lorsqu'elles sont récentes, leur contenu est transparent, quelquefois hémorragique ; peu à peu il se trouble, devient opalin, puis lactescent, enfin jaunâtre et même franchement purulent ; presque toujours sa réaction est neutre ou alcaline ; il est albumineux et se coagule par la chaleur.

Fig. 13. — Phlyctène de la face dorsale du pied.

Consécutive à une application de teinture d'iode chez une femme atteinte de dermatite polymorphe douloureuse. Tout autour de la bulle on voit la desquamation épidermique consécutive à l'application de la teinture d'iode.

La bulle peut se terminer par suppuration, par rupture, ou par résorption graduelle. Elle devient alors flasque, s'affaisse, puis se dessèche.

La croûte qui lui succède est plus ou moins épaisse et foncée de couleur suivant la nature de l'exsudat. Elle a la forme de la bulle extérieure, et simule assez bien un pain à cacheter d'un jaune brunâtre, d'un brun foncé, parfois même quand la bulle a été hémorragique d'un brun noirâtre qui serait posé sur les téguments. Puis, au bout d'un laps de temps qui varie de cinq à dix jours, elle finit par se détacher spontanément en laissant au-dessous d'elle un épiderme nouveau et assez souvent une macule brunâtre qui met un certain temps pour disparaître.

Toutes ces variétés s'observent dans les dermatites polymorphes douloureuses, dans les pemphigus, les érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux, etc...

D'après Leloir la bulle aurait pour grand caractère d'être uniloculaire, de telle sorte que, lorsqu'on la pique avec une aiguille, tout le contenu s'écoule. Une bulle à contenu séro-purulent laisse par l'effet de la pesanteur les couches purulentes se déposer à sa partie inférieure, tandis que les couches supérieures sont transparentes.

A l'étude de la bulle on doit rattacher celle de la *phlyctène* qui n'est en réalité qu'une sorte de bulle résultant du décollement en masse de l'épiderme par un agent physique ou chimique quelconque, feu, froid, substances vésicantes, etc... Beaucoup d'auteurs emploient indistinctement les mots de bulle et de phlyctène.

Au point de vue anatomo-pathologique on a distingué plusieurs variétés de bulles suivant l'étage épidermique où se fait l'accumulation de sérosité. En réalité on peut les ramener à deux types principaux : 1° *les bulles profondes* ou *sous-épithéliales* dans lesquelles l'épiderme dans sa totalité est décollé du derme et soulevé en masse par le liquide; 2° les *bulles superficielles ou sous-cornéennes* dans lesquelles l'œdème dermique gagne par les espaces intercellulaires du rete le stratum granulosum, est arrêté par les cellules plus cohérentes du stratum lucidum, et s'accumule au-dessous de lui.

Les bulles peuvent se former suivant deux processus principaux : 1° Il se produit un œdème à forte tension qui gagne les espaces intercellulaires du corps de Malpighi; la sérosité finit par s'accumuler sous les cellules du stratum lucidum qu'elle décolle. Si la pression est très brusque et très forte, et si les adhérences des cellules du corps muqueux entre elles sont très solides, l'épiderme peut être détaché en bloc du corps papillaire; 2° Si au contraire les cellules du corps muqueux ont perdu leur adhérence entre elles, elles se détachent les unes des autres avec la plus grande facilité, et il se forme ainsi des cavités virtuelles qui se remplissent rapidement de sérosité; c'est à ce processus qu'Auspitz a donné le nom d'Acantholyse. Il se produit ainsi par un véritable clivage des cavités uniloculaires pouvant confluer quand elles sont très rapprochées.

Les véritables bulles acantholytiques s'observent dans l'affection à laquelle on a donné le nom de pemphigus héréditaire, lequel dépend d'une prédisposition familiale à voir se développer des bulles en un point quelconque du corps sous l'influence de la moindre pression.

12° Pustules. — Au point de vue objectif la *pustule* est un soulèvement circonscrit et d'ordinaire arrondi de l'épiderme contenant un liquide purulent.

La définition des pustules varie beaucoup suivant les auteurs : pour les uns, c'est un petit abcès intra-épidermique; pour d'autres, c'est une vésicule à contenu purulent.

On a distingué autrefois :

a) Des *pustules psydraciées*, qui sont petites, arrondies ou acuminées, et qui ne seraient pas entourées d'un cercle inflammatoire accentué; la croûte qui leur succéderait serait jaunâtre ou jaune brunâtre, peu épaisse;

b) Des *pustules phlyzaciées* qui sont larges, aplaties ou globuleuses, et qui reposent sur une base dure et enflammée : la croûte à laquelle elles donnent naissance est brunâtre ou d'un brun noirâtre, assez épaisse, parfois même stratifiée.

Avec E. Besnier nous distinguerons deux grandes variétés de pustules :

a) *Pustules superficielles* (*épidermiques* d'E. Besnier, exulcéreuses de Leloir,

catarrhales des Allemands). — Elles n'intéressent que l'épiderme et les couches superficielles du derme; elles évoluent rapidement et ne laissent après elles aucune cicatrice. Le type en est donné par les pustules de la forme pustuleuse de la dermatite herpétiforme de Duhring. Elles sont presque toujours arrondies, hémisphériques, plus rarement ovalaires; parfois, comme dans l'ecthyma superficiel, elles sont minuscules au début, puis elles s'étalent graduellement et peuvent même arriver dans quelques cas à avoir d'énormes dimensions par décollement progressif périphérique de l'épiderme. Elles sont alors aplaties, flasques, et peu à peu il se forme à leur centre une croûtelle arrondie qui s'élargit en même temps que la pustule.

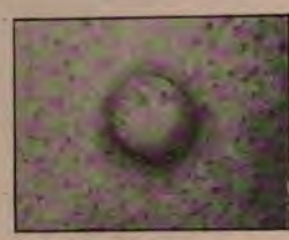


Fig. 14. — Pustule d'ecthyma.

A la partie inférieure du décollement épidermique le pus forme un amas blanchâtre visible sur la photographie.

Le contenu des pustules superficielles varie du jaune clair ressemblant plutôt à de la sérosité louche, au jaune foncé franchement purulent. Ce liquide renferme de très nombreux leucocytes.

Elles sont presque toujours entourées d'une auréole rouge dont l'importance varie suivant l'intensité du processus inflammatoire.

Elles se terminent parfois par rupture, soit spontanée, soit beaucoup plus fréquemment accidentelle ; et, dans ce cas, leur contenu est enlevé mécaniquement ou se concrète en croûtes irrégulières. Elles peuvent se dessécher peu à peu par résorption graduelle du liquide qu'elles renferment, et elles forment ainsi des croûtes brunâtres ou d'un brun noirâtre qui finissent par tomber en laissant des pigmentations plus ou moins persistantes.

Au point de vue anatomo-pathologique, les pustules superficielles ont le même mode de formation que les vésicules et que les bulles. Leur liquide renferme une énorme quantité de leucocytes migrateurs dont la diapédèse est provoquée soit par l'agent pathogène primitif, soit par l'adjonction d'un agent pyogène, tel que le staphylococcus aureus qui est de beaucoup le plus commun, ou tout autre staphylocoque.

b) *Pustules profondes* (dermiques d'E. Besnier, ulcéreuses de Leloir, parenchymateuses des Allemands). — Elles intéressent plus ou moins profondément le derme, détruisent toujours au moins la couche papillaire, sont d'ordinaire légèrement acuminées ou un peu arrondies au sommet, assez bien tendues, résistantes, sont entourées d'une aréole très accentuée, d'un rouge vif, et reposent sur une base inflammatoire profonde caractérisée par une infiltration notable des téguments. Elles donnent naissance à une croûte assez épaisse, brunâtre ou noirâtre, qui ne tombe qu'après un laps de temps assez long en laissant parfois une cicatrice plus ou moins apparente suivant l'intensité et la profondeur du processus morbide.

13° Squames ou écailles. — On donne le nom de *squames* ou d'*écailles* à des lamelles épidermiques qui se détachent de la surface des téguments: elles résultent de la desquamation de l'épiderme.

Il est assez difficile de classer les squames en tant que lésions élémentaires. Presque toujours elles sont consécutives à d'autres lésions dont elles ne sont que la conséquence, et par suite elles doivent être considérées comme des lésions élémentaires secondaires; citons comme exemples les érythèmes, la scarlatine, l'eczéma, etc...

Cependant dans quelques cas, il semble bien qu'elles constituent le symptôme majeur ou primordial de l'affection, comme dans les desquamations des doigts et de la paume des mains des arthritiques, comme dans l'ichthyose, et qu'elles soient vraiment dignes du nom de lésions élémentaires primitives. Nous avons donc pris le parti de les décrire après les lésions élémentaires primitives vraies, avant les lésions élémentaires secondaires proprement dites, dont elles font aussi partie.

On en distingue plusieurs variétés.

Les *squames pityriasiques* ou *pityriasis*, ou encore *squames furfuracées, farineuses*, sont minces, petites, d'une finesse qui les a fait comparer à des fragments de son, d'où le nom qui leur a été donné. On les observe dans beaucoup de dermatoses, en particulier dans le pityriasis simplex, le pityriasis rosé de Gibert, etc...

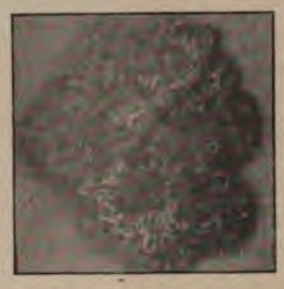


Fig. 15. — Plaque de lupus érythémateux.

On y voit à sa surface la desquamation blanche adhérente.

Les *squames proprement dites* sont constituées par des débris épidermiques d'une grandeur qui varie de celle d'une petite lentille à celle de l'ongle du petit doigt; elles sont d'ordinaire blanches, parfois nacrées, minces, adhérentes et stratifiées comme dans le psoriasis, ou flottantes dans presque toute leur étendue et faciles à détacher, comme dans certains érythèmes.

Les *lamelles* ont les dimensions moyennes de l'ongle : elles peuvent atteindre jusqu'à 1 centimètre et demi de diamètre vertical et jusqu'à 2 ou 3 centimètres de diamètre transversal, comme dans la dermatite exfoliative généralisée vraie ; elles sont presque toujours minces, transparentes, blanches, nacrées; elles peuvent être plates ou recroquevillées, arrondies, mais plus souvent elles sont régulièrement rectangulaires ou polygonales, parfois déchiquetées ; elles adhèrent aux téguments par un ou par plusieurs côtés ou par leur face profonde. Parfois, elles sont plus épaisses, jaunâtres et adhérentes, comme dans les psoriasis rebelles.

Les *lambeaux* sont constitués par de vastes plaques d'épiderme qui se détachent d'une seule pièce : ils peuvent avoir d'énormes dimensions, atteindre la largeur de la main et même plus, comme dans la scarlatine et les érythèmes desquamatifs scarlatiniformes.

La desquamation provient d'un trouble de la kératinisation normale de l'épiderme qui se traduit histologiquement par de la parakératose (voir plus loin). Les lamelles épidermiques desquamées sont constituées par des cellules de la couche cornée qui ont encore des noyaux colorables par le carmin. Elles peuvent renfermer des microbes pathogènes ou non pathogènes de la dermatose dont elles sont l'un des symptômes ; parfois, comme dans le psoriasis, elles contiennent un nombre considérable d'abcès leucocytaires.

LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES SECONDAIRES

1° Excoriations. — On donne le nom d'*excoriations* à des solutions de continuité d'origine traumatique, de forme et d'étendue variables, qui n'intéressent que les couches superficielles de la peau.

Lorsque la couche cornée de l'épiderme est seule atteinte, elles se caractérisent par de simples raies blanches, presque toujours entourées d'une zone érythéma-

teuse. Cette lésion est éminemment éphémère, et disparaît sans laisser la moindre trace.

Mais si l'on excorie fort souvent les téguments en un même point, les hyperémies incessantes qui se produisent finissent par provoquer une extravasation de pigment sanguin assez notable pour qu'il se forme des stries brunâtres, et même peu à peu une teinte brunâtre générale, comme cela s'observe dans certaines affections prurigineuses, en particulier dans la phthiriase. Le développement de ces pigmentations dépend beaucoup des idiosyncrasies individuelles.

Lorsque le corps muqueux est intéressé, il se fait un exsudat de liquide séreux au centre même de la traînée blanche laquelle est entourée d'une zone érythémateuse assez accentuée qui s'efface par la pression et qui ne tarde pas à disparaître, tandis que la sérosité se concrète en une croûte jaunâtre : cette croûte se détache au bout d'un laps de temps variable suivant les sujets et suivant la profondeur de l'excoriation, en ne laissant après elle qu'une légère coloration rosée qui finit par s'effacer après quelques jours : il est assez rare que la peau conserve pendant un certain temps une teinte café au lait clair ou brunâtre, vestige de la lésion.

Enfin si la couche papillaire a été atteinte, l'excoriation se présente sous la forme d'une raie plus ou moins étendue, plus ou moins large selon l'instrument vulnérant, à centre sanguinolent, entouré d'une zone inflammatoire d'un rouge vif. Le suintement séro-sanguinolent qui se produit dans ce cas donne naissance à une croûtelle noirâtre, adhérente, qui ne se détache qu'au bout de plusieurs jours, et qui laisse assez souvent après elle des pigmentations formant des stries brunâtres, lesquelles ne disparaissent qu'avec beaucoup de lenteur.

En dehors des traumatismes accidentels, les excoriations s'observent presque toujours dans les dermatoses prurigineuses et sont le résultat de grattages. Elles peuvent être irrégulièrement arrondies lorsqu'elles sont dues à l'écorchure du sommet d'une papule, comme dans le prurigo : la croûte consécutive coiffe alors le sommet de la papule excoriée. Elles peuvent être très irrégulières, comme dans certains eczémas prurigineux. Elles peuvent être allongées, en stries, comme dans la phthiriase, etc...

2° Lichénifications. — « En 1891 nous avons introduit dans la littérature dermatologique le mot de *lichénification* pour désigner un processus morbide général très important en pathologie cutanée, et que l'on n'avait pas encore suffisamment précisé. E. Besnier lui a donné depuis lors le nom de *lichénisation*. Ces termes s'appliquent aux modifications que subissent dans certains cas les téguments quand ils sont soumis à d'incessants traumatismes ou à d'incessantes irritations.

Les études antérieures de L. Jacquet sur le rôle du traumatisme dans la pathogénie de la lésion cutanée dans certaines dermatoses, le mémoire que nous avons fait paraître avec lui en 1891 sur les lichens des anciens auteurs, nous ont peu à peu conduit à cette conception.

Chez certains sujets, quand la peau est soumise à des frottements incessants (corset, bandage herniaire), ou au contact de liquides irritants, comme cela se produit aux parties saillantes des cuisses chez les femmes un peu grasses qui ne prennent pas de soins minutieux de toilette[1], on voit peu à peu les téguments

[1] Voir L. Brocq et L. Bernard : Nouvelles études sur l'intertrigo chez la femme. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janvier 1899, p. I. D'après les faits analysés dans ce mémoire, le contact seul des liquides irritants donne naissance à une lésion spéciale qui n'est pas de la lichénification vraie ; pour que la lichénification se développe dans ces cas, il faut qu'il y ait en outre des frottements

changer d'aspect ; leur teinte se fonce, ils se pigmentent de plus en plus, et, dans la plupart des cas, quand on les regarde avec soin et surtout à la lumière oblique, on voit à leur surface comme des milliers de petites facettes brillantes, aplaties, séparées les unes des autres par des sortes de sillons entre-croisés de manière à former des losanges.

Mais c'est surtout chez les malades atteints de dermatoses prurigineuses à allures un peu rebelles que ces lésions se développent avec plus ou moins de rapidité. Nous les étudierons en détail en parlant des lichens, mais nous sommes obligés d'en dire quelques mots dans ces préliminaires, car c'est un processus morbide de la plus haute importance, qui vient souvent compliquer d'autres dermatoses, en se surajoutant aux éruptions primordiales et en les déformant.

Fig. 16. — Plaque de lichénification pure.

Les points noirs que l'on voit çà et là sur la photographie sont des excoriations consécutives aux grattages.

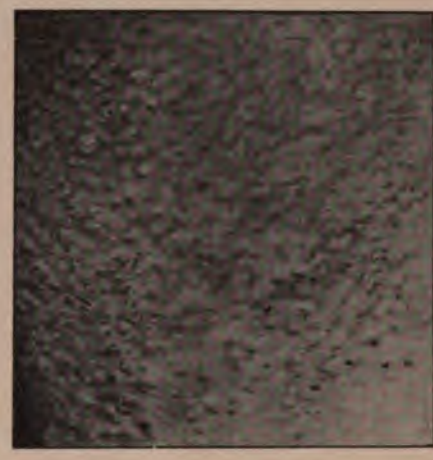


Fig. 17. — Prurit circonscrit avec lichénification.

On voit sur cette photographie le début de la plaque de lichénification par des pseudo-papules (Papules épidermiques).

« Au début, la lichénification est bien constituée comme nous venons de le dire, au point de vue objectif, par de fines facettes de la grosseur d'une petite tête d'aiguille, d'une toute petite tête d'épingle, brillant aux incidences de lumière, et séparées les unes des autres par des sillons d'une extrême finesse. L'aspect général de la peau est un peu jaunâtre, fort souvent il tire sur le brun ; les grattages incessants développent en effet dans nombre de cas la pigmentation. Assez fréquemment il n'y a aucune excoriation visible.

Mais ces aspects ne sont que ceux de la lésion au début ; nous leur avons

exercés sur les régions intéressées, comme cela se produit presque toujours chez les femmes à la partie interne et supérieure des cuisses. Voyez en outre pour l'opinion inverse Török : Quelques remarques sur la signification des lésions eczémateuses, et sur les réactions générales de la peau. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1896, p. 1397.

donné le nom de *lichénification superficielle* ou *incomplète*. Lorsque le malade est prédisposé, et qu'il se gratte depuis fort longtemps, surtout en des régions circonscrites, les lésions des téguments s'exagèrent considérablement : les papilles dermiques incessamment irritées prolifèrent ; elles sont excoriées, et peu à peu elles arrivent à constituer des sortes de papules assez larges, de 1 à 3 millimètres de diamètre, aplaties, brillantes, assez analogues à celles du lichen ruber planus, mais n'en ayant ni la forme précise, ni les contours nettement arrêtés, ni l'aspect néoplasique. Elles sont séparées par des sillons d'autant plus profonds qu'elles sont plus volumineuses : ces sillons en s'entre-croisant forment un quadrillage assez caractéristique.

Enfin dans une troisième période, les traumatismes ont été suffisants pour provoquer l'apparition d'une véritable hyperplasie de la couche papillaire et du derme adjacent : on ne trouve plus qu'un tissu fort épaissi, infiltré, sur lequel on ne distingue plus nettement les pseudo-papules que nous venons de décrire, mais qui est sillonné de profonds quadrillages, et qui présente à sa surface des squames grisâtres adhérentes, des excoriations, des croûtelles consécutives.

Au point de vue histologique, ces lésions sont surtout caractérisées par une prolifération très active du corps muqueux avec allongement et élargissement considérable des papilles dermiques : presque toujours la pigmentation est accrue d'une manière notable.

Cet état coexiste presque toujours, ainsi que nous l'avons dit plus haut, avec du prurit. Ce prurit peut être primitif, c'est-à-dire apparaître sans lésion cutanée perceptible à l'œil nu, et dans ce cas la lichénification constitue la seule altération visible des téguments : nous lui avons donné le nom de *lichénification primitive* ou *pure*. Fort souvent aussi le prurit est symptomatique d'une dermatose objectivement bien définie, eczéma vrai, eczéma séborrhéique, psoriasis, lichen ruber, etc., et dans ce cas la lichénification se surajoute à une dermatose antérieure dont elle vient modifier l'aspect et l'évolution ultérieure : nous lui avons donné le nom de *lichénification secondaire*.

Il est facile de comprendre, d'après ces quelques mots, toute l'importance de la notion générale nouvelle que nous avons introduite en dermatologie en créant le mot et la théorie de la lichénification. Beaucoup d'aspects assez étranges que prennent, dans certains cas, les dermatoses prurigineuses se trouvent ainsi expliqués[1]. » (Brocq, *Pratique Dermat.*, t. I, p. 161, 162, 163.)

3° Ulcérations. — On désigne sous le nom d'*ulcérations* des pertes de substance plus ou moins profondes des téguments consécutives à un processus morbide quelconque.

Suivant la profondeur de la lésion, on distingue deux variétés d'ulcérations :

a) Les *exulcérations* dans lesquelles le processus morbide est tout à fait superficiel ; la couche cornée de l'épiderme est détruite, le corps muqueux est mis à nu, et parfois la couche papillaire du derme est légèrement intéressée. Ces lésions sont consécutives soit à une bulle, soit à une vésicule, soit à une pustule superficielle comme dans l'ecthyma, soit à une vésiculation interstitielle comme dans l'herpès. Le fond de l'exulcération est formé par les couches profondes du corps muqueux de Malpighi.

Elles ne laissent pas de cicatrices ; mais, assez souvent, chez des sujets prédis-

[1] Voir pour plus de détails sur ce point l'article *Lichen*.

posés, il se développe à leur place des pigmentations qui mettent un temps plus ou moins long à disparaître.

b) Les *ulcérations proprement dites* dans lesquelles le processus est plus profond et intéresse le derme en partie ou en totalité : elles sont suivies de cicatrices dans la grande majorité des cas.

Fig. 18. — Pigeonneau du pouce chez une ouvrière teinturière en peau.

On y voit une *ulcération* arrondie à bords taillés à pic, et une *cicatrice* déprimée consécutive à une ulcération semblable.

Elles peuvent se faire progressivement de la surface à la profondeur, ou bien d'emblée par « une nécrose parcellaire et une fonte de toute la portion supérieure du derme préalablement infiltré, comme dans le lupus exedens, les syphilides ulcéreuses, etc... Elles peuvent aussi se creuser de dedans en dehors ; elles sont alors généralement profondes et cratériformes comme dans les gommes syphilitiques et tuberculeuses... » (Darier, *loc. cit.*)

c) A côté de ces deux grandes divisions, certains auteurs en ont établi une *troisième :* ils désignent sous le nom d'*ulcère* une lésion chronique spéciale des téguments ayant pendant un laps de temps variable une certaine disposition à s'étendre par une sorte de gangrène moléculaire. L'ulcère constituerait donc une affection bien à part dont le type serait donné par l'ulcère des pays chauds, ou même par le vulgaire ulcère de jambe : *Un ulcère est une ulcération, mais toutes les ulcérations ne sont pas des ulcères.*

Fig. 19. — Acné rodens du pavillon de l'oreille.

Photographie destinée à montrer des ulcérations isolées et groupées.

La bactériologie donnera probablement la clef de tous ces processus en apparence mystérieux. Il est à peu près prouvé à l'heure actuelle que le *phagédénisme* dans les ulcérations tient à des associations microbiennes. Une ulcération est dite *phagédénique* quand elle a une tendance marquée a s'étendre soit en surface, soit en profondeur.

L'aspect des ulcérations est éminemment variable selon l'affection dont elles sont l'un des symptômes.

Elles sont arrondies ou ovalaires, superficielles, taillées en dédolant comme dans le chancre syphilitique ; irrégulières, profondes, à bords taillés à pic, comme dans le chancre simple ; polycycliques par confluence dans l'herpès ; serpigineuses, circinées, dans la syphilis tertiaire ; en arcades mauresques, dans la tuberculose des muqueuses, etc...

Leurs *bords* sont nets ou mal arrêtés, taillés à pic, ou décollés en corniches comme dans le chancre simple, ou renversés comme dans l'épithéliome, ou taillés en dédolant comme dans le chancre syphilitique.

Leur *fond* est uni ou irrégulier, bourgeonnant ou sanieux, cratériforme ou anfractueux, ou surélevé, etc...

Leur *grandeur* varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de cinq francs en argent et même davantage.

Le *liquide* qu'elles sécrètent varie d'aspect, de consistance, d'abondance dans les mêmes proportions. Il en est de même pour les *croûtes* sous lesquelles elles peuvent se cacher.

On voit par cette rapide énumération que leur étude est d'une importance

capitale pour le diagnostic différentiel des affections que nous venons de mentionner.

4° Rhagades, fissures. — On donne le nom de *Rhagades* à des plaies linéaires, de forme et d'étendue variables, intéressant l'épiderme et les parties superficielles du chorion.

Fig. 20 — Hyperkératose de la plante du pied.

Photographie destinée à montrer des *fissures* profondes, et de *l'hyperkératose*.

On les observe surtout aux extrémités et au pourtour des orifices naturels. Au mamelon, elles sont très fréquentes chez les nourrices. Au bout des doigts, elles constituent une infirmité des plus pénibles en hiver chez les personnes qui se livrent à des travaux manuels, et qui touchent souvent à l'eau : on leur donne alors le nom de *crevasses*, de *gerçures*.

Les plus profondes et les plus douloureuses siègent au fond des plis de la peau, dans les plis radiés de l'anus par exemple.

Elles se présentent sous la forme de fentes linéaires, allongées, figurant tout à fait une légère entaille de la peau par un instrument tranchant. Leurs bords sont taillés à pic ; leur fond est à vif, rouge ou rose ; parfois il paraît être sec, plus souvent il est le siège d'un suintement séro-sanguinolent.

Elles ne laissent pas de cicatrices.

5° Croûtes. — On donne le nom de croûtes à des concrétions plus ou moins dures, plus ou moins épaisses, qui se forment à la surface de la peau.

Au début elles sont molles, comme élastiques ; à mesure qu'elles vieillissent, elles deviennent de plus en plus dures, sèches, cassantes, et foncées de couleur.

Leur mode de formation dans certaines maladies a été précisé par Unna, par son élève Menahem Hodara et par Sabouraud qui ont montré qu'au-dessous de certaines lésions épidermiques vésiculeuses ou pustuleuses d'origine microbienne l'épiderme se reconstitue des bords de la lésion à son centre. Puis peu à peu la lésion ainsi isolée se dessèche, la croûte se forme avec les débris d'épiderme, de leucocytes, avec les microbes morts ou vivants, et finit par s'éliminer.

Fig. 21. — Impétigo figuré et circiné de Tilbury Fox. (Région des sourcils).

Photographie destinée à montrer des *croûtes*.

En somme ces croûtes sont de véritables escarres, superficielles quand le corps muqueux seul est intéressé, profondes quand le corps papillaire et le derme lui-même sont envahis par le processus morbide.

On pourrait diviser les croûtes en deux grandes variétés, selon qu'elles sont consécutives à des vésicules ou à des pustules superficielles, comme dans l'eczéma vulgaire, et selon qu'elles recouvrent une ulcération du derme.

Mais elles peuvent aussi se former par dessiccation simple de la sérosité, du pus ou du sang à la surface des téguments, par concrétion de matière sébacée comme dans les états dits séborrhéiques du cuir chevelu ou de la face ; elles sont alors grisâtres, molles, graisseuses, malléables, peu adhérentes. Elles peuvent encore résulter de l'accumulation à la surface des téguments de matières diverses et

même de parasites, comme dans le favus; elles ont dans cette dernière affection une teinte jaune d'or quand elles sont récentes, d'un gris sale quand elles sont anciennes.

Quand elles proviennent de la concrétion d'un exsudat à la surface des téguments, elles sont irrégulières de forme, plus ou moins épaisses selon l'abondance des matières exsudées, parfois d'un jaune d'or comme dans l'impétigo, d'un jaune brunâtre comme dans l'eczéma vulgaire, parfois noirâtres quand il y a des grattages violents et de légères hémorragies consécutives. Elles sont assez peu adhérentes et elles tombent spontanément au bout de quelques jours en ne laissant pas de cicatrices.

Quand elles sont secondaires à des exulcérations, elles ont la même forme que la lésion première; elles sont arrondies ou ovalaires dans le pemphigus et dans l'ecthyma superficiel; elles sont linéaires dans les excoriations, etc. Elles sont presque toujours assez peu épaisses dans ces cas; leur coloration varie du jaune brunâtre au brun foncé et même au noir pour peu qu'il y ait la moindre exsudation sanguine; elles se détachent relativement vite en laissant ou non des pigmentations et pas de cicatrices.

Si la lésion mère est une véritable ulcération profonde, comme dans l'épithélioma, la syphilis tuberculo-ulcéreuse ou gommeuse, etc., les croûtes sont beaucoup plus épaisses; elles sont même parfois formées de cercles concentriques ou de disques qui se superposent, se stratifient, telles les croûtes conchyliformes ou rupioïdes de certaines ecthymas et surtout des syphilides ulcéreuses.

Dans ce cas, ou bien elles sont déprimées au centre, comme concaves, quand les exsudations formatrices ont cessé en ce point; ou bien elles sont coniques, convexes quand les exsudations formatrices continuent à se produire sur toute l'étendue de leur face profonde, malgré les progrès qu'elles font à la périphérie. Elles ont presque toujours une teinte foncée d'un brun noirâtre. Elles sont très adhérentes et peuvent persister pendant fort longtemps[1].

Il y a des croûtes qui sont à peine indiquées, ce qui tient à ce que l'exsudat formateur est fort peu abondant : elles sont dans ce cas intermédiaires aux croûtes et aux squames proprement dites. Certains auteurs les ont désignées sous le nom de *croûtes lamelleuses*. (Brocq. *Pratique Dermat.*)

Voici, d'après les recherches récentes de Sabouraud, comment il faudrait comprendre les processus morbides qui forment la squame et surtout la croûte.

La croûte est constituée par du sérum, des leucocytes et des couches épidermiques kératinisées : trois processus contribuent à la former : 1° l'hyperkératose; 2° l'exosérose; 3° l'exocytose.

Sabouraud donne le nom d'*exosérose* à l'irruption hors du derme, dans l'épiderme, et au travers de l'épiderme à sa surface d'un exsudat liquide ayant les caractères principaux du sérum sanguin : dans ce trajet il peut faire : *a*) ou bien une

[1] Sous le nom de *rupia*, plusieurs dermatologistes ont décrit une lésion bullo-pustuleuse que caractérise au début un soulèvement aplati de l'épiderme par un liquide jaune brunâtre mélangé de sérosité, de pus et de sang (Hardy) : elle est entourée d'une aréole rouge inflammatoire. Bientôt il se forme une croûte centrale, tandis que le processus morbide s'étend par la périphérie. A mesure que la lésion s'élargit, il s'ajoute à la première croûte centrale de nouvelles croûtes concentriques stratifiées, d'un brun noirâtre, qui se superposent de telle sorte que le revêtement croûteux prend l'aspect d'une écaille d'huître. Telle est la physionomie de l'élément éruptif auquel on donne le nom de *rupia*.

Or, cette description ne répond nullement à une entité morbide distincte. Ces apparences sont prises surtout par les syphilides ulcéreuses, gommeuses et croûteuses (*rupia syphilitique*) et beaucoup plus rarement par l'ecthyma quand il se développe chez des sujets cachectiques.

vésicule par refoulement, soit superficielle (sous cornée), soit profonde dans le corps muqueux; *b*) ou bien de l'œdème épidermique intercellulaire, c'est-à-dire de la spongiose; *c*) ou bien constituer simplement un puits séreux pour se déverser à la surface. Si la squame croûte est faite de lits alternés de cellules cornées et de minces suffusions séreuses, elle donnera au doigt et à l'œil la sensation d'une masse de graisse demi-concrète, d'où des erreurs d'appréciation de la part des cliniciens.

L'exocytose est constituée par une émigration au travers de toute l'épaisseur de l'épiderme de leucocytes qui viennent s'effuser hors de la peau à sa surface, au niveau de la couche cornée. Elle est fournie par une grande quantité de cellules migratrices qui infiltrent tout l'épiderme et qui passent au travers pour s'effuser à sa surface. Il en résulte que, si on enlève la croûte à n'importe quel moment de sa fonction, on trouve au-dessous d'elle un épiderme sain et complet.

La croûte est faite comme une pâte feuilletée : les feuillets en sont formés par des lames épidermiques kératinisées; beaucoup de cellules ont conservé leur noyau épidermique et sont en parakératose : entre elles sont disposés en lames horizontales les globules blancs réduits à leur noyau. La croûte est limitée en haut et en bas par deux épaisseurs de matière cornée parfaite.

6° Cicatrices. — La *cicatrice* est constituée par du tissu de nouvelle formation qui a réparé une perte de substance du derme ou qui est consécutif à un processus inflammatoire profond du chorion.

La cicatrice n'est pas toujours consécutive à une ulcération cutanée antérieure : elle peut succéder à certaines dermatoses qui détruisent peu à peu sans ulcérations les éléments nobles de la peau : telles sont la morphée, les atrophies cutanées, le lichen ruber atrophique, le lupus érythémateux, la kératose pilaire, etc...

Les cicatrices dites chirurgicales ne sont pas de notre domaine.

Les cicatrices dites médicales ont presque toujours la même forme que la lésion primitive : elles permettent donc, dans une certaine mesure, de poser un diagnostic rétrospectif. C'est ainsi que les cicatrices fissuraires des commissures des lèvres et que les cicatrices fessières peuvent faire soupçonner l'existence de la syphilis héréditaire ; des cicatrices circinées, souples, pigmentées ou non font quelquefois diagnostiquer l'existence d'une syphilis niée ou ignorée.

On dit qu'une cicatrice est *belle* quand elle est blanche ou un peu rosée, lisse, souple, sans aspérités, ni brides visibles, mobile sur les tissus sous-jacents.

Parfois, tout en conservant des caractères de souplesse, elle peut être fortement pigmentée d'une manière soit passagère, soit presque indélébile.

Une cicatrice est dite *difforme* ou *vicieuse* lorsqu'elle est bosselée, irrégulière, traversée ou sillonnée par des brides plus épaisses qui rétractent les tissus, striée, réticulée, parfois même saillante.

Elle est dite *chéloïdienne* quand il se produit à son niveau une véritable tumeur fibreuse extrêmement dure, qui acquiert parfois une épaisseur et un volume extraordinaires, et qui envahit même progressivement dans certains cas les tissus voisins.

Au point de vue anatomo-pathologique, les cicatrices sont constituées « par un épiderme plus ou moins épais, souvent parakératosique, lisse ou émettant par sa face profonde quelques bourgeons irréguliers », au-dessous de cet épiderme « par un tissu fibreux dense composé de faisceaux conjonctifs parallèles à la surface, dépourvu de fibres élastiques ou tout au moins d'un réseau élastique régulier.

Les papilles et le corps papillaire tout entier font défaut. Dans les fentes de ce tissu fibreux persistent toujours des rangées de cellules embryonnaires ou plasmatiques. Les vaisseaux relativement peu nombreux, mais souvent télangiectasiques sous l'épiderme suivent des trajets variables n'ayant rien de commun avec les plans vasculaires normaux. Assez souvent il y a des accumulations de pigment dans les fentes du tissu fibreux voisines de l'épiderme, dans l'aire ou au pourtour de la cicatrice ; plus rarement on en observe dans l'épiderme lui-même. Les poils et les follicules pilo-sébacés, les glandes sudoripares sont absents. » (Darier, *Pratique Dermat.*)

COMBINAISONS DES DIVERSES LÉSIONS CUTANÉES ENTRE ELLES[1]

Nous venons d'étudier séparément chacune des lésions élémentaires; mais il est fréquent, en pratique, d'avoir affaire à des lésions mixtes dont nous pouvons maintenant décrire les principales variétés, puisque nous connaissons la valeur des mots qui servent à désigner les lésions simples.

L'*érythème* peut se compliquer de formations papuleuses, circonscrites ; on a donné à ce genre d'éruption le nom d'*érythémato-papuleux*.

« Il est fréquent de voir se former sur une plaque érythémateuse de petits soulèvements de l'épiderme par de la sérosité transparente : cette éruption est dite *érythémato-vésiculeuse*.

Si les soulèvements sont considérables, elle est dite *érythémato-bulleuse*. Ces deux combinaisons sont la caractéristique des érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux et des dermatites polymorphes douloureuses.

Si l'érythème se complique de soulèvements de l'épiderme par de la sérosité purulente, l'éruption est dite *érythémato-pustuleuse*.

Si l'élevure d'*urticaire* se complique d'un soulèvement de l'épiderme par de la sérosité transparente, on a les *élevures urticariennes bulleuses* ou *urticaire bulleuse*.

La *papule* se couronne fort souvent à son sommet d'un petit soulèvement de l'épiderme par de la sérosité. C'est la *papulo-vésicule* à laquelle, dans ces derniers temps, on a donné le nom assez bizarre de *séro-papule*. Tantôt la vésicule est bien nette, bien formée, globuleuse, transparente, visible à l'œil nu, comme dans certains eczémas papulo-vésiculeux ; tantôt elle est à peine marquée par une légère teinte opaline au sommet de la papule, comme dans l'élément typique du prurigo simplex.

Les papules peuvent aussi se recouvrir à leur sommet de sérosité purulente ou de véritable pus, comme dans l'acné : on appelle ces lésions des *papulo-pustules*.

Les papulo-vésicules et les papulo-pustules aboutissent fort souvent à la *papulo-croûte*. Ainsi que l'indique son nom, c'est une papule recouverte d'une croûte soit à la suite d'une écorchure qui a mis à vif le sommet de la papule, soit à la suite de la dessiccation d'une vésicule adulte ou avortée ou d'une pustule formée au sommet de cette papule. Les papulo-croûtes sont des lésions fréquentes dans les prurigos et dans la syphilis.

La papule peut présenter à son sommet ou sur toute son étendue des squames

[1] Voir notre article *Symptomatologie générale* cutanée de la *Pratique Dermatologique* dont nous donnons ici le résumé.

de forme et de grandeur variables ; ces éruptions sont dites *papulo-squameuses* : ces squames sont sèches, micacées, brillantes, stratifiées comme dans le psoriasis, ou bien sèches, fines, adhérentes comme dans le lichen plan et dans le lichen plan corné, ou bien lamelleuses, en collerette, comme dans les diverses formes de *syphilides papulo-squameuses*.

Certains auteurs emploient le terme de *papulo-tuberculeux*. Nous avons dit plus haut qu'il nous semblait qu'on désignait ainsi à tort des papules géantes ; en réalité, il est assez souvent difficile, en présence d'une lésion donnée, de savoir si elle est vraiment digne du nom de papule ou de celui de tubercule. On ne doit pas utiliser le mot de papulo-tubercule pour désigner ces cas ambigus : une lésion qui occupe toute l'étendue du derme et qui fait une certaine saillie à la surface des téguments n'est qu'un tubercule saillant.

Le terme *tuberculo-pustuleux* sert à désigner un tubercule qui a suppuré à son sommet sans que la couche épidermique ait été rompue : cette lésion s'observe assez fréquemment dans le lupus et dans la syphilis.

Le terme *tuberculo-ulcéreux* s'applique à un tubercule dont le centre est ulcéré à une plus ou moins grande profondeur. Les lésions tuberculo-pustuleuses et tuberculo-ulcéreuses se recouvrent très fréquemment à leur centre ou sur toute leur étendue d'une croûtelle plus ou moins épaisse, ce qui constitue les lésions dites *tuberculo-croûteuses*.

Le terme *tuberculo-squameux* sert à désigner un tubercule non suppuré qui se recouvre de squames le plus souvent fines et blanchâtres comme dans les variétés dites psoriasiformes des syphilides tertiaires ou du lupus.

Une vésicule dont le contenu est en voie de transformation purulente est une *vésico-pustule*.

Beaucoup d'auteurs emploient le terme *vésiculo-bulleux* pour désigner des vésicules qui grandissent soit par extension d'un seul élément, soit par confluence de plusieurs éléments voisins, et qui deviennent assez volumineuses pour prendre l'aspect d'une bulle.

Le terme de *pustulo-croûteux* est assez souvent utilisé pour désigner une pustule qui se recouvre d'une croûte : ainsi que nous l'avons déjà vu, cette croûte peut recouvrir la pustule dans sa totalité ou en occuper seulement le centre, tandis que le soulèvement de l'épiderme par du pus continue à se faire tout autour de la croûte et lui constitue une sorte de collerette comme dans l'ecthyma superficiel. » (Brocq, *loc. cit.*, p. 168, 169.)

Modes divers de groupement des efflorescences cutanées. — « Les lésions élémentaires peuvent affecter à la surface des téguments les dispositions les plus variées. Leur mode de groupement est important à étudier et à préciser, car il constitue assez fréquemment un des éléments du diagnostic. Aussi les anciens auteurs ont-ils créé tout un vocabulaire pour fixer ces divers aspects. Nous nous contenterons d'indiquer les termes principaux.

Lorsque toute l'éruption consiste en un seul élément morbide qui se renouvelle de temps en temps, on lui donne le nom de *solitaire*.

Lorsque les lésions élémentaires sont isolées les unes des autres, multiples, et dispersées çà et là sans ordre aucun, on leur donne les noms de *disséminé* ou *dispersé* ; on leur donne celui de *discret* quand les éléments sont fort peu nombreux.

Dans ces cas, selon leur volume, on les appelle *ponctués*, quand ils ont les

dimensions d'une tête d'épingle ; *en goutte* quand ils ont les dimensions moyennes d'une lentille ; *nummulaires* quand ils ont celles d'une pièce de monnaie ; *orbiculaires, discoïdes* quand ils affectent une forme arrondie ou discoïde ; *hordéolaires* quand ils ont la forme d'un grain d'avoine.

Pour signifier qu'ils sont groupés ou agglomérés, on les dit *confluents*.

Pour préciser la forme de l'agglomérat on a les mots suivants : *circiné*, ou *annulaire*, quand ils constituent un cercle plus ou moins parfait dont le centre est relativement indemne ; *centrifuge* quand l'extension se fait par la périphérie tandis que la lésion guérit au centre à mesure qu'elle gagne par les bords ; *iris* lorsqu'il y a des cercles concentriques qui forment une sorte de cocarde ; *herpétiforme* lorsque la lésion a une disposition qui rappelle celle de la trichophytie de la peau, ou celle de l'herpès vrai[1] ; *serpigineux* lorsque le mal s'étend en certains points suivant des lignes fort irrégulières, serpigineuses, tandis qu'il guérit en d'autres points ; *gyroïde* ou *spiroïde, hélicoïdal* pour indiquer des éruptions disposées en forme d'hélice ou de spire ; *linéaires* quand elles forment des bandes rectilignes ; *zostéroïdes* ou *zoniformes* quand elles affectent des dispositions analogues à celle du zona.

Quand elles sont nettement groupées, on leur donne le nom d'*éruptions en corymbe* ou *corymbiformes*. Quand elles sont bien circonscrites, on emploie les épithètes de *figurées, circonscrites*. On les dit *marginées* quand elles sont limitées par un bord net au niveau duquel le processus morbide atteint son maximum d'intensité.

Si leurs bords sont au contraire mal définis, on leur donne le nom de *diffuses*. » (Brocq, *Pratique Dermat.*, p. 170.)

ASPECT GÉNÉRAL DES DERMATOSES

Les lésions élémentaires, qu'elles soient discrètes ou confluentes, qu'elles soient groupées de manière à former des plaques uniformes ou des dessins variés, constituent chez un sujet donné un ensemble qui forme ce que l'on appelle son *éruption*.

1° Mode de composition de l'éruption. — L'éruption peut n'être constituée que par la répétition plus ou moins multipliée d'une seule et même lésion élémentaire primitive ; elle est dite alors *monomorphe*.

Elle peut être constituée par la combinaison de plusieurs lésions élémentaires primitives : elle est dite alors *polymorphe* ou *multiforme*.

Ces lésions élémentaires sont elles-mêmes *discrètes, groupées*, ou *confluentes*.

Une éruption peut en outre être *compliquée* par des efflorescences accidentelles, par exemple par des pyodermites qui en modifient l'aspect.

Elle peut se *combiner* avec une autre dermatose, se *juxtaposer* à elle, ou se *superposer* à elle, de manière à constituer des *formes morbides mixtes ou hybrides*.

Enfin elle est modifiée dans son aspect par la qualité même de la peau sur laquelle elle se développe. Elle n'a en effet ni la même physionomie ni la même intensité suivant qu'elle évolue sur une peau xérodermique ou sur une peau séborrhéique.

[1] Voir pour plus de détails sur ce point l'article *Dermatites polymorphes douloureuses*.

2° Teinte générale. — La coloration de l'éruption dépend d'abord et avant tout de sa nature. C'est d'ordinaire la teinte rouge avec d'infinies nuances qui domine. On donne le nom de roséole, ou l'épithète *roséolique*, *rosé* aux dermatoses caractérisées par une teinte d'un rouge pâle comme les roséoles, le pityriasis rosé de Gibert, etc..., l'épithète *rouge* ou le nom d'*érythrodermies* aux dermatoses d'un rouge vif comme le pityriasis rubra-pilaire, l'eczéma rubrum, le lichen ruber (lequel est cependant parfois plutôt rose pâle, un peu bistre), la dermatite exfoliative généralisée ou érythrodermie exfoliante généralisée, etc...

Dans quelques cas la teinte est jaune comme dans le xanthélasma, dans l'impétigo dont les croûtes sont dites *mélitagreuses, mélicériques, flavescentes*.

Parfois la teinte est brune comme dans les mélanodermies, l'argyrie, l'acanthosis nigricans, les sarcomes mélaniques, etc....

Dans quelques cas la coloration d'une éruption varie suivant les régions, soit parce qu'elle est composée de diverses lésions élémentaires, soit même parce que la même lésion élémentaire peut revêtir plusieurs teintes suivant sa phase évolutive, et sa localisation : on lui donne alors les noms de *versicolor*, de *variegatus*, etc....

D'ailleurs la teinte générale d'une éruption peut varier avec rapidité sous l'influence des phénomènes vaso-moteurs.

Importance des phénomènes vaso-moteurs dans les dermatoses. — Les lésions élémentaires prennent des aspects bien différents suivant l'état d'anémie ou de congestion des téguments.

État d'anémie. — Quelle que soit la cause générale ou locale qui le provoque et que nous n'avons pas à analyser ici, l'état d'anémie s'observe surtout à la partie supérieure du corps qui n'est pas exposée à la stase veineuse. Les lésions cutanées sont pâles, décolorées, comme affaissées.

État de congestion. — Il faut en distinguer deux grandes variétés qui sont la *congestion passive*, et la *congestion active*.

a) *Congestion passive.* — Elle s'observe pour ainsi dire normalement aux membres inférieurs chez presque tous les sujets. Elle est fréquente en outre aux oreilles, au nez, aux mains et aux avant-bras, aux seins, chez certains individus à circulation périphérique ralentie et que l'on désigne sous le nom d'*acro-asphyxiques*. Sur les membres, sur les cuisses en particulier, se voient chez eux des sortes de réseaux d'un bleu livide plus ou moins marqué, à mailles assez larges (livedo). Leurs extrémités sont livides, d'un rouge violacé, bleuâtre, comme marbrées, assez souvent tuméfiées, froides au toucher, souvent hyperidrosiques. Cette teinte disparaît presque complètement sous la pression du doigt et ne reparaît ensuite que progressivement avec une certaine lenteur.

Les lésions cutanées qui évoluent sur ce terrain sont plus tenaces, plus graves, plus violacées, plus infiltrées : elles ont plus de tendance au suintement et à l'ulcération. Elles doivent être toujours traitées, quand c'est possible, par la protection, le repos, et l'élévation de la région atteinte pour y faciliter la circulation.

b) *Congestion active.* — La congestion active est caractérisée objectivement par une rougeur franche plus ou moins intense qui disparaît par la pression du doigt pour se reproduire presque instantanément dès qu'on cesse la compression. Elle s'accompagne fort souvent d'élévation de la température locale de la peau, parfois même de sensations de tension, de battements et de brûlure. Elle est souvent le premier degré de l'inflammation pathologique et de la lutte de l'économie contre

les diverses infections, en particulier contre les infections microbiennes (voir plus loin).

Mais chez certains sujets, plus que chez d'autres, il se produit sous des influences encore mal connues des poussées fluxionnaires intenses autour de certaines lésions cutanées, poussées qui en modifient la couleur, le volume et en aggravent singulièrement l'évolution. Les éléments éruptifs deviennent en quelque sorte turgescents et pullulent avec une grande rapidité. Ces poussées fluxionnaires ont parfois une importance capitale dans l'évolution des dermatoses ; elles se développent sous l'action des moindres causes occasionnelles chez les sujets auxquels on donne en France le nom d'arthritiques nerveux. Voir les recherches de Kreibich sur les phénomènes vaso-moteurs dans les dermatoses. (Congrès de Berlin, 17 septembre 1904.)

3° Localisation des éruptions[1]. — « Une éruption peut couvrir toute l'étendue des téguments : elle est dite alors *universelle* ou *généralisée*. Elle est dite *partielle* quand les lésions élémentaires n'ont envahi qu'une ou plusieurs régions en laissant des intervalles de peau saine.

Suivant la partie du corps qui est intéressée, on donne parfois à la dermatose un qualificatif régional, tel que : zona *ophtalmique ;* herpès *labial, vulvaire*, etc.

Les lois qui président à la localisation des diverses éruptions ont été recherchées par beaucoup de savants. Cette distribution semble échapper fort souvent à toute règle, comme lorsque la dermatose est *diffuse, asymétrique*. Mais il y a des faits relativement assez nombreux dans lesquels elle est disposée soit en plaques assez nettement circonscrites, soit en bandes zoniformes, soit enfin symétriquement sur les deux moitiés du corps. Il est alors réellement difficile de ne pas conclure à l'existence d'une influence quelconque qui gouverne la systématisation des phénomènes éruptifs.

Les hypothèses que l'on a formulées à ce sujet sont multiples. On a invoqué comme causes : le mode de distribution des vaisseaux dans les téguments ; les territoires nerveux ; les lésions de l'axe cérébro-médullaire ; la structure même de la peau, et en particulier les lignes et tourbillons de Voigt correspondant à la dispotion des follicules pileux. Langer, reprenant d'anciennes notions depuis longtemps utilisées en médecine légale, a déterminé sur les téguments, en piquant avec une alène la peau des cadavres, tout un système de fentes dont la réunion constitue des sillons suivant lesquels il semble bien que parfois les éruptions se développent.

En réalité on ne connaît encore rien de précis à ce sujet. Les recherches de Brissaud sur la métamérie semblent expliquer certaines des localisations, jusqu'ici peu compréhensibles, des zonas, des nævi vasculaires ou pigmentaires, ou verruqueux zoniformes, des cas appelés ichtyoses sébacées ou ichtyoses hystrix zoniformes ou en caleçons, qui correspondent tantôt à des dermatomères, tantôt à des métamères radiculaires, le plus souvent aux deux à la fois, Brissaud a même expliqué par cette théorie de la métamérie les localisations de la sclérodermie : les sclérodermies en bandes sont disposées suivant les rhizomères, les sclérodermies généralisées suivant les myélomères. Le lichen plan en bandes, certaines névrodermites, certains eczémas, et même le xeroderma pigmentosum auraient la même pathogénie.

[1] Ce qui suit est extrait de notre article Symptomatologie générale des dermatoses de la *Pratique Dermatologique*; nous y renvoyons pour de plus amples détails.

Depuis longtemps déjà Testut dans son remarquable travail sur la symétrie dans les affections de la peau (1876) avait attribué la symétrie dans les dermatoses à l'influence du système nerveux.

La fréquence de la *symétrie* dans les éruptions est incontestable, et il est probable qu'elle dépend le plus souvent de causes multiples. En dehors de l'influence très possible dans certains cas de lésions axiales, de *phénomènes de transfert*, c'est-à-dire de « production spontanée, par propagation irritative transmédullaire, de lésions cutanées en des points homologues à ceux où l'on aurait développé une lésion artificielle » (E. Besnier et A. Doyon), il faut tenir compte des traumatismes qui s'exercent symétriquement (éruptions artificielles des blanchisseuses, des teinturiers, des épiciers, etc.), de l'action des parasites qui habitent des régions symétriques du corps (gale, poux, etc.), des *loci minoris resistentiæ* symétriques qui existent normalement sur le corps de par la constitution même des téguments (eczémas séborrhéiques et eczémas des plis, psoriasis des genoux et des coudes, kératose pilaire de la face externe des membres, etc.).

Ce sont très probablement aussi des conditions anatomiques spéciales de certains territoires cutanés, peut-être leur vascularisation ou leur fonctionnement glandulaire (séborrhée, hyperidrose) qui gouvernent les localisations de quelques affections, de la couperose au nez et aux parties voisines des joues, des engelures aux mains, aux pieds, aux oreilles, au nez, du lupus érythémateux aberrant au nez, aux joues, aux oreilles, aux mains, de l'érythème induré aux membres inférieurs, etc.

Si nous envisageons d'une manière générale les localisations des affections cutanées considérées suivant leur nature, voici ce que nous pouvons en dire :

Les *dermatoses parasitaires* sont souvent asymétriques, unilatérales ; elles forment une seule plaque ou tout au moins un petit nombre de plaques comme la trichophytie, le lupus vulgaire, l'actinomycose, etc. Mais il y a à cette règle des exceptions assez nombreuses comme le prouvent les éruptions de la gale, de la phthiriase. — La localisation de ces affections dépend : *a*) des points d'inoculation ; *b*) des milieux favorables à la germination du parasite. Ces circonstances expliquent les anomalies apparentes que présentent ces affections : leur asymétrie fréquente, car elles dépendent d'inoculations accidentelles ; leur symétrie possible, car elles trouvent de bons terrains de culture identiques aux régions symétriques du corps.

Les *éruptions artificielles de cause externe* sont souvent asymétriques, circonscrites, limitées aux points qui ont été directement traumatisés ; mais beaucoup d'entre elles sont symétriques, parce que l'agent irritant porte simultanément sur les régions symétriques du corps, comme dans les dermatoses professionnelles qui siègent aux mains et aux avant-bras ; comme dans les dermatoses provenant du contact irritant de certains vêtements, comme dans celles qui résultent du contact de l'air, du froid ou du soleil.

Les éruptions d'origine interne, c'est-à-dire celles qui reconnaissent pour cause première une intoxication accidentelle de quelque nature qu'elle puisse être, alimentaire, médicamenteuse, microbienne, toxinique, etc., ou une auto-intoxication, ou une modification quelconque de l'axe encéphalo-médullaire, sont dans la grande majorité des cas symétriques, du moins quand on les considère dans leur ensemble, car il faut bien reconnaître qu'à moins de généralisation absolue à toute l'étendue des téguments la symétrie parfaite est rare dans les dermatoses. Leur symétrie se comprend puisque la cause morbide agit sur l'économie tout entière,

que ce soit par une altération sanguine ou par l'intermédiaire du système nerveux. Elles sont en outre gouvernées dans leurs localisations par une loi d'une importance extrême, celle du *locus minoris resistentiæ* de l'organisme. Lorsqu'on est en puissance d'une éruption d'origine interne, cette éruption se produit presque toujours avec plus d'intensité aux points de la peau qui sont mis en état de moindre résistance soit par le traumatisme, soit par des maladies antérieures, soit par des sécrétions exagérées, soit par des troubles de la vascularisation, etc.

Mais ces lois n'ont rien d'absolu et parfois les localisations des dermatoses sont déconcertantes, hors de toute règle ; elles rentrent alors dans les formes dites *atypiques*. » (Brocq, *Pratique Dermat.* p. 174, 175, 176.)

« Les dermatoses sont dites *typiques* quand elles ont une physionomie générale et une marche conformes à ce que l'observation a montré être la règle ; elles sont dites *atypiques* quand la forme des lésions élémentaires, leur mode de groupement, leurs localisations, leur évolution ne répondent pas à ce que l'on est habitué à constater.

La lésion élémentaire initiale d'une dermatose peut exister seule pendant toute l'évolution de la maladie comme dans le prurigo simple, le lichen ruber, etc.

Mais il arrive fréquemment que les lésions élémentaires primitives ne restent pas à l'état pur, elles peuvent compliquer de nouvelles lésions élémentaires, soit que cette complexité soit inhérente à l'évolution naturelle du mal comme dans le prurigo de Hebra par exemple, ou dans les dermatites polymorphes douloureuses, soit qu'il s'agisse de véritables complications accidentellement surajoutées comme dans l'eczéma qui s'inocule d'impétigo, comme dans la gale qui s'inocule d'ecthyma, comme dans la furonculose qui survient dans les prurits, etc.

Si nous considérons maintenant l'évolution générale d'une dermatose, nous nous trouvons en présence des plus grandes diversités.

Les éruptions artificielles causées par des irritants externes dépendent d'ordinaire dans leur évolution de l'intensité ou de la continuité d'action de l'agent vulnérant. Elles persistent pendant qu'il agit, s'étalent s'il traumatise une plus vaste surface, ou si son action s'exerce avec plus d'intensité ; elle disparaissent au contraire peu à peu dans la majorité des cas dès que les téguments ne sont plus lésés, et qu'ils peuvent se réparer. » (L. Brocq, *Pratique Dermat.*, p. 177.)

Mais, comme nous l'avons vu au chapitre *Étiologie et pathogénie générale*, il faut tenir compte des prédispositions individuelles du sujet et de ce fait majeur en pathologie cutanée que les éruptions artificielles d'origine externe sont souvent le point de départ, la cause provocatrice d'éruptions d'origine interne, de réactions cutanées qui dès lors évoluent pour leur propre compte.

Ce qui précède s'applique encore bien plus aux éruptions artificielles d'origine interne par ingestion d'aliments et de médicaments.

L'évolution des éruptions parasitaires d'origine externe dépend totalement de la persistance ou de la disparition du parasite causal, de sa multiplication, de son inoculation en plusieurs points. Mais il faut encore ici (voir chapitre de l'*Étiologie*) tenir un compte considérable du terrain.

Ce rôle du terrain est encore bien plus important dans l'évolution des dermatoses d'origine microbienne par infection générale de l'économie. Cependant elles évoluent d'ordinaire suivant les lois qui régissent chacune d'elles comme le font la syphilis, la lèpre, la tuberculose. Elles sont d'ordinaire constituées par des poussées éruptives successives, les unes généralisées comme dans les premières périodes de

la syphilis, les autres circonscrites comme dans les phases tardives de la même affection.

Les éruptions dites d'origine interne autotoxiques, qui se manifestent objectivement sous la forme de ce que nous avons appelé les réactions cutanées, se produisent de préférence aux loci minoris resistentiæ des téguments.

Quand l'éruption est faible on lui attribue l'épithète de *bénigne;* d'après sa durée on l'appelle *aiguë, subaiguë* et *chronique.*

Quand les poussées semblent récidiver suivant les saisons on leur donne les noms de *vernale, estivale, automnale, hivernale.*

Enfin il y a des dermatoses qui se développent surtout chez les enfants (urticaire infantile, pemphigus des nouveau-nés), d'autres qui sont l'apanage de la vieillesse (prurit sénile, etc...).

PHÉNOMÈNES SUBJECTIFS SE RELIANT AUX AFFECTIONS CUTANÉES[1]

« Les phénomènes subjectifs qui accompagnent les affections cutanées sont assez peu nombreux, et sauf le prurit, ils sont d'assez minime importance. On peut les diviser en deux groupes principaux : 1° les troubles de la calorification ; 2° les troubles de la sensibilité.

1° Troubles de la calorification. — Ils consistent en une augmentation ou en une diminution de la température normale de la peau. Ils se relient intimement aux phénomènes d'anémie, de congestion active que nous avons signalés dans le chapitre précédent.

C'est surtout dans les acro-asphyxies que l'on observe le refroidissement des téguments; chez certains sujets atteints de ce ralentissement de la circulation avec congestion passive, les mains, les pieds, et même le nez et les oreilles, parfois le menton, donnent au toucher une sensation de froid des plus accentuées.

Par contre, l'élévation de la température locale se produit surtout dans les congestions actives dont nous avons parlé, et il est souvent facile de la percevoir au toucher. Elle donne dans quelques cas au malade des sensations de chaleur des plus vives.

2° Troubles de la sensibilité[2]. — La sensibilité cutanée peut être *abolie* complètement, ce qui constitue l'*anesthésie totale, diminuée* dans tous ses modes (*hypoesthésie*), *exagérée* (*hyperesthésie*), *troublée* dans une ou plusieurs de ses variétés, les autres restant normales, comme dans la syringomyélie, *pervertie* comme dans la *polyesthésie* ou dans l'*allochirie.* Nous renvoyons pour plus de détails sur tous ces points aux ouvrages de physiologie et de séméiologie générale. Nous décrirons en quelques mots : a) l'*anesthésie;* b) l'*hyperesthésie;* c) *les phénomènes douloureux cutanés;* d) *les perversions de la sensibilité.*

A. Anesthésie cutanée. — On donne le nom d'anesthésie cutanée à la perte de la sensibilité des téguments. Elle peut être *complète* et absolue, c'est-à-dire que les

[1] Ce qui suit est extrait de notre article Symptomatologie générale des dermatoses de la *Pratique Dermatologique :* nous y renvoyons pour de plus amples détails.

[2] Pour toute cette question voir le remarquable article de L. Jacquet : Troubles de la sensibilité (*Pratique Dermat.*, t. IV, p. 330).

diverses sensibilités à la douleur, au froid, au chaud, au tact, à la pression, sont totalement abolies, comme dans la lèpre anesthésique, ce prototype des affections qui provoquent l'anesthésie cutanée. Elle peut être *incomplète* et prend alors le nom d'*hypoesthésie* : elle est caractérisée dans ce dernier cas par une simple diminution de la délicatesse des perceptions précédentes.

On dit qu'il y a *dissociation de la sensibilité* comme dans la syringomyélie quand il y a persistance d'une ou de plusieurs des sensibilités, et disparition des autres ; la dissociation syringomyélique consiste dans la persistance de la sensibilité tactile et dans la disparition des sensibilités thermique et douloureuse (thermo-anesthésie et analgésie).

L'anesthésie dans les dermatoses est rarement *totale*, c'est-à-dire généralisée à toute la surface du corps; elle est le plus souvent *partielle, circonscrite* en des régions plus ou moins limitées, parfois *rubanée*, parfois *segmentaire*.

B. Hyperesthésie cutanée. — On donne le nom d'hyperesthésie cutanée à une exagération de la sensibilité normale des téguments dans une ou plusieurs de ses modalités.

C. Phénomènes douloureux cutanés. — Les sensations douloureuses que les malades peuvent ressentir aux téguments sont éminemment complexes et des plus difficiles à analyser.

Les sensations douloureuses cutanées nous semblent devoir être divisées en deux grandes catégories : α) les sensations douloureuses proprement dites; β) le prurit.

α) *Les sensations douloureuses proprement dites* consistent en *simples sensations de froid, de fraîcheur* (*cryesthésie*), *de chaleur plus ou moins vive* (*thermesthésie*), *sensations de brûlure* véritable comme dans les brûlures déterminées par l'action des agents physiques et chimiques; *cuissons*, sensations qui n'ont pas tout à fait l'acuité de la brûlure ; *picotements*, sensations qui peuvent être considérées comme étant encore d'un degré au-dessous des sensations précédentes et qui commencent à avoir des relations avec le prurit; *élancements*, qui constituent des sensations douloureuses pongitives assez spéciales ; *tension douloureuse des téguments*, que les malades ressentent surtout dans les poussées congestives; *constriction douloureuse*, comme dans certaines érythrodermies, dans certaines sclérodermies, etc.; *fourmillements, sensations de frôlements superficiels, d'effleurements de la peau*, de *courses d'insectes à la surface des téguments*, de *chair de poule*, de *rebroussement des poils*, de *secousses électriques*, comme dans certains cas de dermalgie, affection dans laquelle on observe d'ailleurs toutes ces formes de la douleur cutanée; *sensations de chaleur plus ou moins vive*, ou *de froid, d'engourdissement, de mortification des régions atteintes*, comme dans l'asphyxie locale, etc.

Toutes ces variétés de la douleur cutanée sont d'ordinaire circonscrites, en plaques, rarement elles sont généralisées à toute l'étendue des téguments ; presque toujours elles reviennent par accès plus ou moins espacés, plus ou moins réguliers; elles affectent des allures paroxystiques, comme dans le zona, dans les névromes, les myomes, la lèpre, etc.

β) *Prurit*. — On donne le nom de *prurit* à une sensation douloureuse cutanée tout à fait spéciale qui provoque le besoin impérieux de se gratter, et qui a très probablement son siège dans les couches superficielles de la peau, peut-être

dans le corps muqueux, tout au moins dans les régions papillaires. C'est, avons-nous dit, une sensation spéciale qui échappe à toute description au même titre qu'une odeur ou qu'une couleur. Tout le monde la connaît. Ce n'est ni du chatouillement, ni du picotement, ni du fourmillement, c'est la *démangeaison* ou *prurit*.

Elle débute d'ordinaire par un point assez limité, par une sensation relativement légère : elle peut rester supportable, être fugace et disparaître pour toujours ou pour revenir au bout de quelques instants. Parfois aussi elle augmente d'intensité, devient réellement intolérable et provoque le grattage de la manière la plus impérieuse.

Nous renvoyons pour la description du prurit aux articles Prurit, Prurigo, etc. Disons seulement que c'est un des symptômes les plus fréquents des dermatoses, et que, d'après sa présence, on leur donne les noms de *agrius, formicans, ferox, pruriginosus*, etc.

Il peut être partiel, ce qui est la règle, ou généralisé à toute la surface du corps, ce qui est rare. Presque toujours il est disposé en plaques ou en rubans à limites difluses ; parfois il est symétrique, rarement hémiplégique ou segmentaire.

D'ordinaire il est intermittent ou tout au moins paroxystique : dans presque tous les prurits dits essentiels, il se produit une crise une demi-heure ou une heure après que le malade s'est mis au lit. Dans les cas fort rares où le prurit est continu, il y a toujours des exacerbations qui reviennent sous forme de crises vers les mêmes heures.

Le plus souvent le prurit est symptomatique d'un parasite cutané comme les poux ou les acares ou d'une affection cutanée quelconque ; mais il peut être aussi primitif, du moins en apparence, et se produire en des régions qui objectivement ne présentent pas la moindre lésion.

C'est ici le lieu de rappeler les très intéressantes recherches de L. Jacquet sur les rapports réciproques du prurit et des éruptions. Jacquet a montré que la formule classique : « l'éruption est prurigineuse » consacre ordinairement une erreur, puisqu'il est souvent aisé d'établir que le prurit a précédé toute apparence éruptive : « Prurit et éruption sont deux éléments souvent associés, mais aussi souvent dissociés, sans relation hiérarchique absolue et constante l'un vis-à-vis de l'autre, mais dépendant tous deux d'une cause supérieure qui les commande, soit isolément, soit successivement, soit simultanément » (Jacquet).

En étudiant les lésions élémentaires secondaires, nous avons signalé quelles sont, au point de vue de l'aspect et de l'état anatomique des téguments, les conséquences directes du prurit et du grattage qu'il provoque[1].

d) *Perversion de la sensibilité.* — Les perversions de la sensibilité s'observent

[1] « *J'attribue les esthésies et les algies de la qualité pruritique à la lésion et au trouble fonctionnel des nerfs sympathiques.* Voici mes raisons : le prurit, nous le savons, est une sensation spéciale, ou si l'on veut, *spécifique, indéfinissable ;* il éveille un *besoin instinctif* qui n'appartient qu'à lui, le besoin du grattage ; il est d'essence plus *mobile* que la douleur et les sensations connexes ; ses localisations ne répondent à aucun des modes topographiques dérivés des lésions ou troubles fonctionnels du myélencéphale ; il est associé très fréquemment à l'éréthisme pilo-sébacé, à l'érythème. Or le grand sympathique est par excellence le nerf des besoins ; les sensations qui révèlent sa souffrance sont, dans leurs modalités connues (colique intestinale, angine de poitrine, viscéralgie) d'une nature indéfinissable ; elles sont plus *mobiles* que les algies d'origine cérébro-spinale ; le grand sympathique échappe à toute *topographie* descriptive, puisque sa répartition se confond avec celle de la nappe vasculaire, qui est pour ainsi dire continue ; enfin il innerve les muscles *pilaires* et les *vaisseaux*.

« J'ajoute que le grand sympathique contient, tous les physiologistes l'admettent, des fibres sensitives ; leur activité et leur souffrance *viscérales* sont connues. Les fibres sympathico-sensitives de *la peau* sont-elles inactives ? Non : les impressions qu'elles envoient aux centres constituent

rarement dans les affections cutanées. Jeanselme déclare cependant que dans la lèpre les perversions sensitives ne sont pas rares.

L'erreur de lieu, le retard dans la transmission des sensations, et surtout la dysesthésie de Charcot et l'allochirie ne s'observent pour ainsi dire que dans les affections nerveuses; elles sont inconnues dans les dermatoses pures. (L. Brocq, *Pratique Dermat.*, p. 179, 180, 181, 182.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE DES DERMATOSES[1]

On retrouve dans la pathologie cutanée la plupart des grands processus morbides anatomo-pathologiques : nous serons brefs sur ce sujet, renvoyant aux ouvrages spéciaux pour plus de détails. Nous ne décrirons que les processus qui sont plus particuliers aux téguments et encore ne le ferons-nous que très brièvement.

Il est incontestable que les lésions qui s'observent de beaucoup le plus souvent dans les dermatoses sont celles de l'inflammation. En dehors de l'inflammation nous avons à signaler (Darier) des troubles circulatoires, passifs (tels que la congestion passive ou par stase, les œdèmes mécaniques, les hémorragies passives), les dégénérescences primitives, les malformations congénitales, les néoplasmes, les lésions causées par les microbes et par les corps étrangers qui ne provoquent pas d'inflammation.

Nous allons passer rapidement en revue ces diverses lésions.

I. — Inflammation

Pour Darier l'inflammation est « l'ensemble des phénomènes qui constituent la *réaction* des tissus contre l'*action* des causes nocives mécaniques, physiques, chimiques ou vivantes ».

Cet auteur distingue :

1° *Des lésions banales qui s'observent souvent dans l'inflammation* et qui sont : a) *la congestion;* b) *l'œdème;* c) *le purpura;*

2° *Des lésions élémentaires primitives de l'inflammation* qui sont : a) *la diapédèse;* b) *l'hypertrophie des éléments cellulaires;* c) *la prolifération des élé-*

pour une part la sensation de la vie cutanée consciente, l'*eudermie*. Sont-elles invulnérables ? Non : *leur souffrance c'est le* PRURIT.

« Cette conception permet de définir le prurit : *Le prurit, c'est l'exagération de celles des sensations cutanées élémentaires ou sensations eudermiques, qui émanent des fibres sensitives du nerf grand sympathique.* » (L. Jacquet, article Troubles de la sensibilité, *Pratique Dermat.*, t. IV, p. 389-390.)

[1] Toute cette partie de notre ouvrage est extraite du bel article de M. le Dr Darier de la *Pratique Dermatologique*. Après avoir tenté maints autres essais, il nous a paru plus sage de résumer purement et simplement ce magnifique travail.

A propos de chaque lésion élémentaire cutanée, nous en avons déjà schématisé l'anatomie pathologique. Nous renvoyons donc à chacune d'elles pour la description de leurs lésions histologiques. Il en résulte que ce chapitre-ci est fort écourté.

ments cellulaires; d) *les dégénérescences cellulaires diverses;* e) *les altérations du stroma;*

3° *Des lésions élémentaires secondaires de l'inflammation* qui sont : a) *les cicatrices;* b) *les scléroses interstitielles;* c) *la suppuration;* d) *la nécrose;* e) *l'ulcération.*

1° Lésions banales qui s'observent souvent dans l'inflammation.

A. La congestion. — On sait qu'il faut distinguer deux grandes variétés de processus congestifs, la *congestion passive* et la *congestion active.*

La congestion active est presque toujours le premier degré ou la première étape de l'inflammation : en tout cas elle lui est toujours associée.

Elle consiste essentiellement en une dilatation des vaisseaux du plexus sous-papillaire et papillaire par paralysie des vaso-constricteurs, peut-être par excitation des vaso-dilatateurs : il en résulte un afflux plus considérable du sang vers les téguments (Darier).

On comprend que, lorsqu'elle s'arrête là, la congestion *pure* ne laisse sur le cadavre aucune lésion appréciable (Darier).

Si elle s'accompagne d'œdème, on constate un gonflement du protoplasma des cellules conjonctives; les globules blancs et même des globules rouges forment des manchons péri-vasculaires. Dans l'épiderme les cellules du corps muqueux de Malpighi ont leur protoplasma tuméfié et la zone claire périnucléaire est accrue (Darier). Ce sont là les lésions que l'on constate dans les Erythèmes. La *congestion passive* ne laisse après elle aucune lésion anatomique.

B. Œdème. — L'*œdème* est constitué par un épanchement de sérosité entre les faisceaux conjonctifs du derme : il siège surtout dans l'hypoderme. Le chorion se prête peu à cette distension (Darier).

Dans *les œdèmes mécaniques et toxiques* la sérosité est pauvre en albumine et en leucocytes. Les lésions consistent simplement en une distension des espaces lymphatiques et des espaces interfasciculaires avec dissociation des faisceaux quand l'œdème a duré pendant un certain temps. Les papilles tuméfiées sont séparées par des prolongements interpapillaires amincis du corps muqueux (Darier). Le réseau élastique d'abord distendu, disparait peu à peu et progressivement de haut en bas, des papilles vers l'hypoderme. Les anastomoses des cellules conjonctives sont rompues et elles subissent des altérations dégénératives.

L'œdème inflammatoire accompagne toujours les processus phlegmasiques, surtout ceux qui sont aigus. Dans cette variété l'exsudat est plus riche en leucocytes et en matières albuminoïdes que dans la précédente : il contient de la fibrine qui se précipite sous forme fibrillaire. Les lésions vasculaires sont celles de l'inflammation. Le réseau élastique disparait vite. Les cellules fixes offrent un accroissement de leur protoplasma et prolifèrent (Darier).

C. Hémorragies. — (Voir ci-dessus le paragraphe *Purpura.*)

2° Lésions élémentaires primitives de l'inflammation.

A. Lésions dermiques. a) *Diapédèse.* — On donne le nom de *diapédèse* à la sortie des éléments figurés du sang hors des vaisseaux sans rupture de leur paroi. C'est un processus d'ordre général décrit dans toutes les anatomies pathologiques et sur lequel nous n'avons rien de particulier à dire ici. Mentionnons simplement qu'il y

a d'énormes différences au point de vue du volume et de la nature de l'infiltrat. suivant la nature de l'agent provocateur du processus inflammatoire. Les traumatismes ne développent que peu de diapédèse ; les microbes et surtout les pyocoques l'excitent au contraire au plus haut degré grâce aux toxines qu'il sécrètent.

b) *Irritation des cellules fixes.* — Il en résulte l'hypertrophie et la prolifération de ces cellules.

Sous l'influence d'une cause nocive pathogène donnée, la vitalité des cellules conjonctives peut être compromise : elles peuvent se nécroser ou s'irriter. Dans ce dernier cas elles réagissent par une suractivité nutritive et proliférative. Le protoplasma non différencié s'hypertrophie, tandis que les éléments différenciés et les produits sécrétés sont résorbés et disparaissent. Il y a donc retour à l'état embryonnaire des éléments.

D'autre part, l'irritation du noyau se traduit par une division de la cellule suivant le mode de la karyokinèse ou de la division indirecte (pelotonnement du filament chromatique, rosette, fissuration du filament, disparition de la membrane du noyau, diaster, double rosette, double peloton, division du protoplasma). C'est un phénomène passager, difficile à surprendre (Darier).

c) *Infiltrats cellulaires.* — Les infiltrats cellulaires qui se produisent dans les tissus enflammés résultent de la diapédèse, et de l'irritation nutritive et proliférative des cellules préexistantes. On sait depuis ces dernières années que les cellules de ces infiltrats sont d'origine, de nature et de signification éminemment variables suivant les cas (Darier). La morphologie des diverses variétés de cellules que l'on peut y rencontrer dépasserait de beaucoup les limites de cet ouvrage : rappelons seulement, d'après Darier, qu'on peut y constater : 1° *des cellules conjonctives hypertrophiques* ; 2° *des mastzellen* ; 3° *des leucocytes polynucléaires* qui sont fort nombreux dans les lésions infectieuses aiguës ; 4° *des cellules éosinophiles* ; 5° *des cellules plasmatiques ou plasmazellen* d'Unna qui forment des amas au voisinage des vaisseaux dans la syphilis, le lupus, le mycosis fongoïde, etc. ; 6° *des cellules lymphoïdes ou lymphocytes* qui constituent l'élément le plus important dans les inflammations subaiguës à tendance néoplasique ou en réparation ; 7° *des cellules rondes ou embryonnaires* dont la nature exacte est encore mal spécifiée (certaines d'entre elles sont sans doute des globules blancs mononucléaires, d'autres des cellules jeunes réellement embryonnaires provenant de la division d'éléments préexistants ou d'éléments nouveaux), et qui constituent les infiltrats du psoriasis et du lichen plan (Darier).

Le mode de groupement de ces cellules dans les infiltrats est fort variable ; cependant elles forment surtout des manchons péri-vasculaires : parfois elles constituent des nodules circonscrits sous-épidermiques ou périfolliculaires comme dans les papules de la syphilis ; parfois elles forment des nappes d'infiltration comme dans les phlegmons, les érythrodermies prémycosiques, ou des conglomérats circonscrits du derme et de l'hypoderme comme dans les gommes.

d) *Dégénérescences cellulaires.* — Nous n'avons rien de bien spécial à dire à ce sujet au point de vue des dermatoses. La cause pathogène peut produire la nécrose immédiate des cellules ou une nécrobiose lente ou certaines dégénérescences telles que :

α) Les *cellules géantes* et *la caséification* qui s'observent dans le lupus où l'infiltrat est groupé en véritables follicules qui peu à peu remplacent le stroma, dans la syphilis où la néoplasie plutôt périvasculaire s'infiltre entre les mailles du stroma

lequel tend à se scléroser, dans les tuberculides, dans l'acné, dans l'éléphantiasis, etc.

β) *La dégénérescence colloïde ou hyaline* comme dans le lichen plan, l'épithéliome;

γ) *La dégénérescence muqueuse* comme dans les lépromes;

δ) *La dégénérescence graisseuse* comme dans les xanthomes;

ε) *Des altérations œdémateuses* comme dans le lupus érythémateux;

η) *Des dégénérescences avec fragmentation et émiettement des noyaux* (karyorhexis ou chromatotexis) comme dans les nodules de la morve.

e) *Altérations du stroma.* — Toute inflammation altère le tissu conjonctivo-élastique du derme. Les lésions des vaisseaux sont constantes : elles vont d'un simple gonflement des cellules endothéliales aux extrêmes degrés de l'endo-périartérite et de l'endo-périphlébite. La trame conjonctive a ses faisceaux écartés puis dissociés par l'œdème inflammatoire : peu à peu elle est transformée en une coque fibreuse ou résorbée par le tissu d'inflammation. Le réseau élastique est altéré, fragmenté et résorbé dans tout foyer d'inflammation. Il fait presque toujours totalement défaut dans les cicatrices (Darier).

Les vergetures résultent de la rupture du réseau élastique.

B. Lésions épidermiques de l'inflammation (lésions élémentaires primitives) :

a) **Phlycténisation** — Darier donne le nom de phlycténisation au processus pathologique qui aboutit à la formation des bulles (voir plus haut le paragraphe *Bulle*).

b) **Vésiculation.** — (Voir plus haut le paragraphe *Vésicule*).

c) **Pustulation.** — La pustulation peut être *primitive* (pustules d'emblée, ou *consécutive* à une vésicule ou à une bulle (vésico-pustule, phlycténo-pustule).

Les cellules migratrices de l'épiderme peuvent se collecter entre les cellules malpighiennes et y former ainsi des cavités intercellulaires qui constituent des pustules d'emblée. Les agents pyogènes sont d'ordinaire et surtout le staphylocoque doré, puis le staphylocoque blanc, le coccus cutis communis. Le type de cette lésion est la pustule uniloculaire de l'impétigo dit de Bockhart (voir plus haut le paragraphe *Pustule*.)

d) **Hyperacanthose.** — Auspitz a donné le nom d'*Hyperacanthose* à un accroissement d'épaisseur ou hyperplasie du corps muqueux de Malpighi. Elle résulte presque toujours de certaines causes pathogènes qui développent dans l'épiderme de l'irritation formative ou proliférative, d'où multiplication plus active des cellules du rete.

Les papilles dermiques sont en même temps allongées et élargies ; parfois le processus morbide semble avoir surtout atteint les prolongements interpapillaires, de telle sorte qu'entre le sommet des papilles et la couche cornée le corps muqueux semble avoir son épaisseur normale; tantôt au contraire la couche des cellules épineuses tout entière a subi la même prolifération.

L'hyperacanthose peut exister seule, fréquemment elle est associée à la parakératose ou à l'hyperkératose.

Elle peut être *circonscrite* et dans ce cas donner naissance à une lésion clinique qui est une *papule épidermique* (Darier), comme dans la verrue plane juvénile, le lichen simplex chronique, etc... Associée à l'hyperkératose, l'hyperacanthose cir-

conscrite constitue la verrue vulgaire, etc... Associée à la parakératose elle constitue le psoriasis, les parakératoses psoriasiformes, etc...

Elle peut être *diffuse*, et constitue alors la lésion anatomique des lichénifications diffuses.

e) **Hyperkératose.** — L'*Hyperkératose* consiste en un épaississement de la couche cornée, tenant à « une cohérence anormalement augmentée des cellules cornées, lesquelles, au lieu de desquamer après avoir formé le nombre de lits ou de stratifications qui est habituel pour chaque région, s'accumulent en stratifications plus nombreuses ». (Darier, *loc. cit.*, p. 100.) Elle peut être associée à de l'hyperacanthose, ou exister seule.

« La couche granuleuse est habituellement épaissie, composée de rangées cellulaires plus nombreuses, et quelquefois plus riches en éléïdine. Les cellules cornées paraissent parfois absolument normales, sont dépourvues de noyau et remplies de graisse ; d'autres fois on trouve des lits ou des groupes de cellules cornées moins compactes et comme spongieuses (*dégénérescence médullaire*). » (Darier, *loc. cit.*, p. 100.)

L'hyperkératose est presque toujours associée à d'autres lésions. Elle peut être diffuse, comme dans l'ichthyose, dans l'akrokératome ou kératose palmaire et plantaire héréditaire qui est une sorte de nævus, etc... Elle peut être circonscrite, comme dans les durillons ou les cors. Associée à d'autres lésions histologiques, elle existe dans une foule de dermatoses, lichen plan, syphilides, tubercule anatomique, éléphantiasis, etc...

f) **Parakératose.** — On désigne sous le nom de *parakératose* des troubles de la kératinisation normale encore mal connus dans leur essence même : ces altérations de la formation de l'épiderme corné doivent sans doute se passer au niveau des cellules du stratum granulosum, du stratum intermedium et du stratum lucidum. Presque toujours, mais cependant pas toujours, on observe en même temps d'autres lésions du corps muqueux sous-jacent ; c'est surtout de l'hyperacanthose ou de l'état spongoïde qui coexiste.

Darier a distingué les *trois formes suivantes de parakératose* :

« a) *Parakératose sèche du type psoriasis.* — Disparition du *stratum granulosum* ; couche cornée formée de *cellules ayant conservé leur noyau*, lamelleuses et sèches, moins chargées de graisse que normalement. L'épiderme dans le psoriasis ne paraît formé que de deux couches comme celui de la muqueuse buccale ou vaginale par exemple ; il se compose d'un corps muqueux hyperplasique dont les cellules s'aplatissent dans leurs assises supérieures, et d'une couche cornée parakératosique, succédant brusquement à la précédente, et dont les assises cellulaires sont lamelleuses, clivées, peu cohérentes, faciles à détacher en squames micacées par le grattage (signe de la tache de bougie). Les papilles élargies et allongées atteignent par leur sommet un niveau très rapproché de cette couche cornée parakératosique ; quand on a détaché celle-ci par le grattage, il reste une surface lisse et brillante au niveau de laquelle le moindre traumatisme blesse les papilles et leurs vaisseaux (signe de la rosée sanglante)...

b) *Parakératose œdémateuse du type eczéma.* — Disparition de l'éléïdine ; couches intermédiaires formées de cellules claires, œdémateuses, hydropiques ; couche cornée formée de ces mêmes cellules aplaties, desséchées, ayant conservé leur noyau, constituant des lamelles peu cohérentes, clivées, dépourvues de graisse. La desquamation lamelleuse est incessante. Pour Unna c'est l'œdème parenchymateux des

couches intermédiaires, l'état hydropique des cellules de ces couches qui s'oppose à la kératinisation normale, et qui donne la clef de toute parakératose... Cette parakératose humide par œdème intra-cellulaire est une lésion constante du processus eczémateux...

c) *Parakératose grasse du type eczéma séborrhéique ou séborrhéide eczématisée.* — Disparition du stratum granulosum ; couche cornée formée de cellules globuleuses, réfringentes, souvent nucléées, de consistance grasse, mais prenant mal l'acide osmique qui les colore en brun et non en noir. Les couches ou groupes de cellules présentant cet aspect sont habituellement séparées par des lits ou travées composées de cellules sèches, aplaties et nucléées, ou de cellules cornées normales ; cette dégénérescence n'est donc que partielle. Le *stratum corneum* ainsi modifié est épaissi, jaune, a l'apparence d'une croûte grasse ou cireuse ; c'est bien là les caractères qu'il a sur les placards d'*eczéma séborrhéique* typique » (Darier, *loc. cit.*, p. 102, 103, 104, *Pratique Dermat.*, t. I.)

g) **Dyskératoses**. — On donne le nom de *dyskératoses* à des altérations épithéliales dans lesquelles un certain nombre de cellules malpighiennes s'isolent et se différencient de leurs voisines, n'évoluent plus comme leurs congénères vers la kératinisation normale, mais subissent individuellement des modifications morphologiques et chimiques spéciales (Darier). Ces cellules peuvent prendre des aspects singuliers qui les ont fait considérer comme des parasites sporozoaires de l'ordre des coccidies ou psorospermies (Darier) : (Ex. : molluscum contagiosum : — psorospermose folliculaire végétante : — maladie de Paget).

3° Lésions élémentaires consécutives de l'inflammation :

a) *Cicatrisation.* — Nous n'avons pas à exposer ici les processus généraux de la cicatrisation (voir, pour l'anatomie pathologique de la cicatrice confirmée, ci-dessus, l'article *Cicatrice*).

b) *Scléroses interstitielles.* — Le tissu cicatriciel peut résulter d'une inflammation interstitielle pour peu que dans le processus morbide il y ait eu destruction du chorion. Suivant l'étendue de ce processus, il se formera ou bien une véritable cicatrice, s'il est limité, ou bien une dermato-sclérose, s'il est diffus.

c) *Suppuration;* d) *Nécrose;* e) *Ulcération.* — Nous renvoyons aux ouvrages d'anatomie pathologique générale pour l'étude de ces processus morbides.

II. — Processus morbides cutanés autres que l'inflammation

En dehors des processus morbides se reliant à l'inflammation, nous ne trouvons à signaler comme lésions anatomiques intéressantes des téguments que les *anémies*, les *hyperémies cutanées* qui jouent un rôle des plus importants dans la genèse et l'évolution de la plupart des lésions ; les *hémorragies cutanees* qui sont souvent la conséquence de la congestion (voir plus haut) ; les *dégénérescences primitives* telles que les dyschromies, la dégénérescence sénile, la dégénérescence colloïde, etc...) ; les *malformations congénitales*, telles que les nævi (voir ce mot) ; les *néoplasmes* ou *tumeurs* (voir ce mot), qui peuvent avoir leur origine dans les divers éléments anatomiques des téguments.

Certains auteurs ont fait des classes à part des *altérations pigmentaires*, lesquelles siègent soit dans les couches profondes de l'épiderme, soit dans le derme,

et des *lésions trophiques* de la peau qui peuvent, au point de vue anatomique, se révéler par les processus morbides les plus divers (atrophie, hyperplasie, inflammation, ulcération, etc...)

Les *lésions d'ordre parasitaire* prennent chaque jour une importance plus grande en pathologie cutanée. Les parasites produisent d'ailleurs la plupart des altérations anatomiques que nous venons de passer en revue, et, en particulier, les diverses variétés d'inflammation et les néoplasies. Aussi les affections parasitaires constituent-elles en réalité plutôt un groupe étiologique qu'un groupe vraiment anatomo-pathologique.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DES AFFECTIONS CUTANÉES

Comment on doit examiner un malade atteint d'une dermatose. — Une première règle s'impose quand on veut faire un diagnostic sérieux d'une affection cutanée : il faut examiner complètement toute la surface des téguments. Souvent une cicatrice ancienne, une plaque éruptive ignorée du malade permettront d'établir sur des bases précises un diagnostic hésitant, ou corrigeront une erreur que l'on est en train de commettre en étudiant des éruptions adultérées par des traumatismes divers, par des topiques, par des superpositions d'autres dermatoses.

Quand il s'agit d'un homme, il n'y a aucune difficulté : que ce soit en ville ou à l'hôpital, on le fait déshabiller complètement. Mais quand c'est une femme, il faut procéder avec beaucoup plus de ménagements; on arrive cependant au but en procédant à des examens ou pour mieux dire à des déshabillages partiels qui ménagent sa pudeur.

Il faut avoir une bonne lumière : il est évident que la lumière du jour est préférable à toute autre. Le malade devra donc, toutes les fois que c'est possible, être exposé en plein jour, mais non au soleil, car on ne peut voir dans ce dernier cas les détails d'une éruption. En hiver il est malheureusement souvent impossible de faire les examens à la lumière du jour, on doit employer la lumière artificielle : la meilleure de toutes est celle du bec Auer ou des becs similaires, puis vient la lumière électrique ; nous la trouvons un peu inférieure à la précédente : quand on emploie l'arc direct elle est aveuglante, trop blanche et trop intense ; quand on prend la lumière ordinaire à 16-32 bougies, elle est un peu jaune, cependant elle est fort acceptable.

La pièce dans laquelle on doit examiner le malade doit être à une température de 18° à 20° centigrades, pour qu'on puisse le faire déshabiller et le maintenir nu le temps voulu sans lui faire prendre froid, et pour ne pas le congestionner par une trop forte température.

On doit examiner les lésions cutanées longuement, avec une bonne loupe quand on n'a pas une excellente vue de myope; il faut les scruter pour ainsi dire du regard, analyser leur forme, leurs dimensions, leurs contours, leurs limites, leur surface, leur couleur, leur disposition, explorer leur consistance, l'infiltration des téguments à leur niveau, leur sensibilité, noter si elles sont sèches ou humides, si elles portent à leur surface des squames et des croûtes et de quelle nature, de quelle consistance, de quelle épaisseur, quel est l'aspect du derme sous-jacent.

On comprime l'éruption avec les doigts ou mieux avec une lame de verre, d'après la méthode d'Unna, pour voir si elle s'efface ou non par la pression, si les téguments sont profondément atteints. On doit rechercher si elle exhale une odeur particulière.

André Broca (1893) a proposé d'employer le verre bleu de cobalt pour distinguer avec plus de facilité les éruptions au début ou les éruptions frustes. (Jullien, *Journal des mal. cut. et syph.*, 1899, p. 1.)

On sait que fort souvent une éruption donnée n'est pas pure, elle peut être compliquée par des pyodermites, par d'autres éruptions surajoutées; elle peut être modifiée par le grattage ou par des applications de topiques irritants.

Il faut que l'observateur, par l'analyse patiente des lésions dermiques, fasse abstraction de toutes ces causes d'erreur. Il doit rechercher, quand c'est possible, la lésion élémentaire primitive pathognomonique qui lui permettra d'établir son diagnostic sur des bases précises, et c'est presque toujours en étudiant les éléments jeunes qu'il trouvera ce précieux point de repère.

Inversement, il est parfois impossible de poser un diagnostic précis dès le début de l'éruption, il faut attendre qu'elle ait un peu évolué pour le faire : c'est ce qui arrive par exemple avec le pityriasis rosé de Gibert dont la plaque initiale, quelque pathognomonique qu'elle soit dans la suite pour établir un diagnostic définitif, ressemble à son début soit à une trichophytie commençante, soit à une parakératose psoriasiforme.

Quand on a suffisamment étudié la lésion cutanée, il faut étudier le terrain sur lequel elle évolue : on pourra en tirer en effet d'excellents renseignements au point de vue du pronostic et du traitement.

Pour cela on spécifiera d'abord les qualités de la peau du malade, si elle est sèche, xérodermique, atteinte ou non de kératose pilaire et à quel degré, si elle est séborrhéique, et dans ce cas séborrhéique pure, ou comédonienne, ou acnéique.

On recherchera quels sont les antécédents héréditaires du malade en ligne directe et en ligne collatérale, ses antécédents personnels dans tous leurs détails, son genre de vie, son régime alimentaire, le fonctionnement de tous ses organes, l'état de sa nervosité.

On tâchera de faire préciser quel a été le mode de début de l'affection cutanée, son aspect lors de son apparition, sa marche, sa durée, les phénomènes douloureux dont elle s'accompagne, les médications qui ont été suivies, tous éléments de premier ordre qui permettront assez souvent de trancher une difficile question de diagnostic. Une lésion de la grandeur d'une pièce d'un franc qui dure depuis plusieurs années a par exemple bien peu de chances d'être de nature syphilitique : elle est lupique ou épithéliomateuse, etc...

Un examen micrographique extemporané est souvent nécessaire ; il faut pouvoir le pratiquer pour reconnaître un pityriasis versicolor, une teigne tondante de Gruby-Sabouraud, une trichophytie, un favus, le bacille du chancre simple, etc...

Il est parfois indispensable de faire une culture comme dans certaines trichophyties des parties glabres, dans les tuberculoses locales, etc..., ou encore des inoculations aux animaux pour trancher de difficiles questions de diagnostic entre la syphilis, la morve, la tuberculose, etc...

Règles générales de diagnostic pour les dermatoses. — Il est en outre certaines règles générales qu'il faut toujours avoir présentes à l'esprit. Quand on est con-

sulté pour une dermatose prurigineuse, on doit tout d'abord rechercher avec le plus grand soin s'il n'existe pas un parasite quelconque, et surtout des acares ou des poux. *Ce principe est capital*, et, pour ne pas s'y conformer, on commet constamment de grossières erreurs.

Une éruption à bords nettement limités par des lignes droites doit faire songer à une éruption artificielle de cause externe; une éruption à bords géométriquement arrondis doit faire songer à une éruption parasitaire par parasites végétaux ou microbiens.

Une éruption symétrique, localisée aux mains et aux avant-bras, donne l'idée d'une éruption professionnelle; localisée aux pieds, d'une éruption artificielle par les chaussettes et les chaussures; localisée à toutes les régions découvertes, elle fait songer à l'action irritante des agents atmosphériques; localisée à la zone cutanée qui est recouverte par un vêtement, à l'action nuisible de cette étoffe.

En dehors de ces circonstances particulières auxquelles il faut toujours faire attention, une éruption symétrique est d'ordinaire symptomatique d'une réaction cutanée ou d'une éruption par infection généralisée. Une éruption asymétrique est au contraire symptomatique d'une inoculation locale parasitaire quelconque.

Dans ces derniers temps quelques dermatologistes se sont efforcés de faciliter aux praticiens le diagnostic des dermatoses. Parmi eux nous citerons surtout Stelwagon en Amérique (voir son très beau *Traité des maladies de la peau*, 1902), et Sabouraud en France (*Dermatologie topographique*, 1905).

Stelwagon (voir *loc. cit.* p. 91-105) conseille aux médecins de s'appuyer pour poser le diagnostic : 1° sur la localisation de la maladie; 2° sur sa durée; 3° sur le type même de l'éruption; 4° sur le caractère majeur qu'elle peut avoir.

Sabouraud étudie les dermatoses par régions et en établit le diagnostic différentiel suivant chacune des régions du corps.

Toutes ces tentatives sont fort louables, mais elles nous semblent n'avoir qu'une utilité assez restreinte. Nous savons combien il est difficile à une personne qui n'a jamais fait d'histoire naturelle d'établir le nom précis d'une plante avec une flore : les flores bien faites sont surtout commodes pour ceux qui ont déjà des notions de botanique. Il en est de même pour nos ouvrages de dermatologie.

Nous allons cependant tenter de donner des tableaux de diagnostic différentiel : mais nous ne nous dissimulons pas que ces premières tentatives de « *flore dermatologique* » sont bien imparfaites, bien rudimentaires.

D'ailleurs nos tableaux ne renferment que les dermatoses les plus usuelles; nous en avons systématiquement écarté toutes les raretés. S'ils semblent être de quelque utilité, on pourra les compléter plus tard.

Ces tableaux seraient interminables si pour chaque région nous indiquions les caractères différentiels de toutes les dermatoses que l'on peut y observer. Nous nous exposerions en procédant ainsi à de fastidieuses répétitions.

Nous commencerons donc par donner des tableaux de diagnostic général comprenant toutes les dermatoses communes, toutes celles qui peuvent s'observer en un point quelconque des téguments, ou tout au moins en deux ou plusieurs régions.

Puis, nous nous contenterons d'indiquer, à propos de chacune des principales régions, quelles sont les dermatoses qu'on y rencontre plus spécialement.

Pour établir ces tableaux de diagnostic, nous nous sommes uniquement fondés sur les caractères objectifs de l'éruption et sur son évolution, c'est-à-dire sur des éléments de différenciation faciles à apprécier.

L'étiologie et la pathogénie ne sauraient être utilisées dans ce but par le praticien.

Aussi avons-nous créé des classes de dermatoses squameuses, érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses, etc.....

PREMIÈRE PARTIE

TABLEAUX DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL GÉNÉRAL DES PRINCIPALES DERMATOSES

I. ÉRUPTIONS CARACTÉRISÉES PAR DE LA DESQUAMATION SÈCHE, PAR UNE ABSENCE TOTALE DE SYMPTÔMES D'INFLAMMATION ET PAR UNE ÉVOLUTION FORT LENTE.	a) *Ayant débuté dans la 1re enfance et d'une durée indéfinie.*	a') Sécheresse des téguments ; très fine furfuration.		*Xérodermie.*
		b') Sécheresse des téguments avec formation de squames sèches plus ou moins épaisses et stratifiées.		*Ichthyose.*
	b) *Accidentelles.*	a') *Généralisées.*	α) Chez les sujets affaiblis, qui sont au lit depuis longtemps.	*Desquamations des affaiblis et des cachectiques.*
			β) A la suite de maladies aiguës graves.	*Desquamations des pyrexies.*
		b') *Localisées* en plaques assez mal limitées, quelquefois un peu rosées, desquamation fine, furfuracée (localisations d'élection : cuir chevelu, figure).		*Dartres furfuracées, dartres volantes. (Pityriasis simplex.)*
II. ÉRUPTIONS CARACTÉRISÉES PAR DE LA ROUGEUR VIVE QUI NE S'EFFACE PAS PAR LA PRESSION DU DOIGT ET QUI ÉVOLUENT RAPIDEMENT COMME L'ECCHYMOSE.				*Purpuras.*
III. ÉRUPTIONS ESSENTIELLEMENT CARACTÉRISÉES PAR UN PRURIT INTENSE.	a) *Pas de lésions visibles. (Pruritus sine prurigo.)*	α) *Circonscrit.*		*Prurits essentiels localisés (névrodermies).*
		β) *Diffus.*		*Prurit sénile. Prurits diffus autotoxiques et névropathiques des adultes.*
	b) *Avec des lésions cutanées consécutives aux grattages,* caractérisées par une teinte un peu bistre de la peau, des sortes de petites facettes brillant aux incidences de lumière, de l'exagération des sillons dermiques, au début : — puis par un aspect velvétique des téguments, — enfin par leur épaississement notable. (*Lichénification.*)	α) *Circonscrit* (dans cette variété on arrive à avoir des éruptions pseudo-papuleuses un peu irrégulières, et enfin, à un degré de plus, une infiltration profonde du derme avec sillons accentués formant quadrillages, squames adhérentes, sèches, parfois même croûtelles, suites de grattages.) (Sièges de prédilection : les lombes, les fesses, la partie interne des cuisses, les poignets, la partie inférieure et externe des jambes).		*Prurits circonscrits avec lichénification. Plaques de lichen simplex chronique :* (névrodermite chronique circonscrite).
		β) *Diffus* (dans cette variété la lichénification reste peu accentuée.) (Sièges de prédilection : les membres, le cou, les parties latérales du thorax).		*Prurits diffus avec lichénification.*

III. ÉRUPTIONS ESSENTIELLEMENT CARACTÉRISÉES PAR UN PRURIT INTENSE. (*Suite.*)	c) *Avec des lésions cutanées provenant des grattages, mais causées en outre par des parasites animaux.*	α) Excoriations considérables en traînées, papules rouge vif excoriées (prurigo parasitaire) : maximum des lésions cutanées sur les épaules, sur le tronc : tendance à la pigmentation. (Rechercher le parasite dans les vêtements.)	*Phthiriase* du corps (poux du corps ou des vêtements).
		β) Taches bleues autour du pubis, sur le ventre, les cuisses, autour des aisselles ; peu de prurit, peu de lésions de grattage : lentes sur les poils du pubis, des aisselles, etc.	*Phthirius pubis* (morpions).
		γ) Prurit du cou et du cuir chevelu ; lésions de grattage au cou et aux oreilles ; impétigo de ces régions : impétigo granulata du cuir chevelu (voir cuir chevelu).	*Poux de tête.*
		δ) Excoriations nombreuses ; papules excoriées ; plaques d'eczéma ; vésicules transparentes ; vésico-pustules et pustules ; maxima des lésions aux poignets (face antérieure et interne), entre les doigts, à la partie antérieure des aisselles, à la partie inférieure des fesses ; aux seins chez la femme ; aux organes génitaux chez l'homme. Présence de sillons de 3 à 12 millimètres de long avec une partie saillante terminale qui est l'acare ; ils se trouvent surtout aux poignets, entre les doigts, à leur face interne, chez l'homme et la femme adulte, autour des chevilles chez l'enfant et chez la femme.	*Gale.*
IV. ÉRUPTIONS ÉRYTHÉMATEUSES.	a) *Rougeurs s'effaçant en partie, sinon en totalité, par la pression du doigt. Erythème simple.*	α) Généralisé, diffus, maximum vers les articulations ; disparaissant au bout de trois à sept jours avant l'apparition de la desquamation.	*Scarlatine.*
		β) Généralisé, diffus, persistant ; la desquamation commence avant la disparition de la rougeur.	*Erythème scarlatiniforme.*
		γ) Rougeur en petites taches fort nombreuses avec fièvre, coryza, toux, bronchite, etc.	*Rougeole.*
		δ) Rougeur en petites taches fort nombreuses, sans les symptômes généraux.	*Roséoles et érythèmes roséoliques.*
		ε) Taches de la grandeur moyenne d'une pièce de 20 centimes en argent, d'un rouge assez vif, parfois prurigineuses : *Tronc et bras surtout.*	*Eruptions artificielles d'origine interne.* En particulier : *Erythème copahique.*

IV. ÉRUPTIONS ÉRYTHÉMATEUSES. (*Suite.*)	a) *Rougeurs s'effaçant en partie, sinon en totalité, par la pression du doigt. Erythème simple.* (Suite.)	η) Taches d'un rose un peu bistre, de grandeur variable, faisant une légère saillie, non prurigineuses, ayant leur localisation d'élection sur les parties latérales du thorax. (Rechercher les autres symptômes de la syphilis.)	*Roséole syphilitique.*
		θ) Taches roséoliques circinées, parfois polycycliques par confluence, d'un rose un peu bistre, non douloureuses, non squameuses. Sièges d'élection : les avant-bras, le tronc.	*Roséoles circinées secondaires et tertiaires.*
		κ) Plaques d'un rouge plus ou moins vif, siégeant aux lieux de pression ou de frottement, fesses, intercuisses, etc.	*Erythèmes simples. Intertrigo*, etc.
		λ) Teinte générale d'un rouge violacé s'exaspérant par le froid, au niveau de laquelle la blancheur causée par la pression ne disparaît que fort lentement. Sièges d'élection : le nez, les oreilles, surtout les mains et les pieds, parfois les seins ; en ces derniers points et sur les membres la teinte bleuâtre peut former des réseaux.	*Acro-asphyxie.*
		μ) Plaques d'un rouge livide, pouvant parfois se phlycténiser, survenant l'hiver, étant le siège de prurit ou de cuissons intenses. Lieux d'élection : les pieds, les mains, les oreilles, le nez.	*Engelures.*
	b) *Rougeur ortiée.* — α) *Avec prurit.*	α') Rougeur saillante s'effaçant par la pression : éphémère.	*Urticaire simple.*
		β') Saillie blanche porcelainique avec aréole rouge périphérique : éphémère.	*Urticaire porcelainique.*
		β) *Sans prurit.* — Rougeur saillante consécutive à un traumatisme quelconque de la peau, souvent avec saillie blanche porcelainique centrale : éphémère.	*Dermographisme.*
	c) *Rougeur avec tuméfaction des téguments tenant à de l'œdème et à de la diapédèse.*	α) *Avec prurit intense.* — Rougeurs limitées en papules plus ou moins volumineuses, isolées ou groupées, ou en plaques — coïncidence avec de l'urticaire. — Évolution aiguë, subaiguë, chronique.	*Formes érythémateuses et urticariennes des dermatites polymorphes douloureuses.*
		β) *Avec peu de prurit, quelques sensations de picotements et de brûlures.* — Eléments érythémateux et érythémato-papuleux d'un rouge vif ou d'un rouge livide, accompagnés souvent de tuméfaction des tissus. Sièges d'élection : la face dorsale des mains, les poignets, les coudes, les genoux, le cou.	*Erythème polymorphe : variété Erythémato-papuleuse.*
	d) *Rougeur nodulaire simulant de véritables tumeurs du derme et de l'hypoderme.*	α) Marche aiguë ou subaiguë, phénomènes généraux fréquents ; sièges possibles, les quatre membres ; multiplicité des lésions, évolution objective souvent analogue à celle de l'ecchymose, volume des éléments variant de celui d'un gros pois à celui d'une grosse cerise.	*Erythème noueux ou contusiforme.*

IV. ÉRUPTIONS ÉRYTHÉMATEUSES. (*Suite.*)	d) *Rougeur nodulaire simulant de véritables tumeurs du derme et de l'hypoderme.* (Suite.)	β) Marche lente, siège aux jambes, éléments rares au nombre moyen de un à trois, volume variant de celui d'une petite cerise à celui d'une noix et plus, quelquefois évolution vers l'ulcération.	*Erythème induré de Bazin.*
V. ÉRUPTIONS ROUGES ET SQUAMEUSES.	a) *Tendance à la circination nettement accentuée.*	α) Petites circinations isolées ou polycycliques par confluence : à la périphérie liséré rouge un peu saillant, acnéiforme par places, squameux (squames molles donnant la sensation de graisse au toucher), éruption prurigineuse par accès. Localisations typiques : la région médio-thoracique présternale et interscapulaire, et le cuir chevelu.	*Dermatose figurée médio-thoracique.* — *Séborrhéide eczématisante* d'Audry. *Eczéma séborrhéique* d'Unna. *Pityriasis stéatoïde* de Sabouraud. Eczéma flanellaire, etc.
		β) Eruption composée : 1° de plaques arrondies ou ovalaires en médaillons, à périphérie rosée squameuse, à centre jaunâtre, au niveau duquel l'épiderme se plisse sous l'influence des tractions, et 2° de taches rosées en macules légèrement squameuses : début par un ou deux grands médaillons ressemblant à de la trichophytie de la peau. Localisations : tout le tronc, les membres, sauf les mains, les jambes et les pieds ; maxima vers les parties latérales du tronc.	*Pityriasis rosé de Gibert.*
		γ) Plaques rouges formant anneau, centre sain, périphérie constituée par un anneau de 5 millimètres à 1 centimètre et plus de large, d'un rouge vif, recouvert entièrement de squames blanches nacrées, stratifiées, prenant l'aspect de taches de bougie par le grattage avec l'ongle ; — en continuant à gratter, on arrive sur une surface rouge, lisse, luisante, parsemée d'un piqueté hémorragique caractéristique.	*Psoriasis circiné ; variété lèpre vulgaire.*
		δ) Plaques rouges, d'un rouge assez vif, s'effaçant en partie par la pression du doigt, à bordure externe rouge foncée, saillante, turgescente, à centre plutôt déprimé, parfois recouvertes de fines squames grisâtres, adhérentes, souvent presque symétriques. Lieux d'élection : face dorsale du nez, pommettes, oreilles, face dorsale des mains et des doigts : évolution subaiguë, aiguë parfois.	*Lupus erythémateux superficiel aberrant.*
		ε) Plaques rouges, à bords irréguliers, nettement arrêtés, à périphérie rouge, tuméfiée en activité, à centre déprimé, à tendance cicatricielle. Lieux d'élection : face et cuir chevelu. Evolution lente.	*Lupus érythémateux fixe.*
	b) *Pas de tendance nette à la circination.* — a') *L'éruption n'est pas péripilaire.* — α) *Elle est peu ou point prurigineuse.*	α') Plaques rouges d'un volume variant de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 5 francs et plus, sans infiltration notable du derme, d'ordinaire sans prurit, recouvertes de squames blan-	*Psoriasis typique.*

V. ÉRUPTIONS ROUGES ET SQUAMEUSES. (*Suite.*)	b) *Pas de tendance nette à la circination.* (Suite.)	a') *L'éruption n'est pas péripilaire.* (Suite.)	α) *Elle est peu ou point prurigineuse* (Suite.)	ches, nacrées, stratifiées, prenant l'aspect de taches de bougie quand on les gratte avec l'ongle : en continuant à gratter on arrive sur une surface rouge, lisse, luisante, parsemée d'un piqueté hémorragique caractéristique.	
				β') Plaques d'un rouge rosé de grandeurs variables, sans infiltration du derme, recouvertes de squames sèches moins stratifiées que celles du psoriasis ; par le grattage (voir ci-dessus) on provoque des ecchymoses, parfois du piqueté hémorragique, mais on n'obtient pas de surface rouge, lisse et luisante.	*Parakératose psoriasiforme.*
				γ') Plaques d'un rouge rosé pâle, de grandeurs variables, à limites peu précises, pas d'infiltration dermique, squames pityriasiques non stratifiées ; par le grattage on ne provoque que de l'ecchymose, pas de signe de coup d'ongle, pas de prurit, évolution fort lente.	*Parapsoriasis en plaques.* (*Pityriasis rubra disséminé des anciens.*)
				δ') Petites plaques de la grandeur moyenne d'une lentille ou d'une pièce de 50 centimes, non prurigineuses, à évolution lente, sans infiltration dermique, d'un rose pâle, recouvertes de squames pityriasiques ou d'une lamelle en pain à cacheter : par le grattage on ne provoque que de l'ecchymose ; pas de signe du coup d'ongle.	*Parapsoriasis en gouttes.*
				ε') Petits éléments de la grosseur moyenne d'une tête d'épingle, ayant de la tendance à prendre un aspect un peu atrophique et à former par confluence des réseaux irréguliers, puis des plaques d'un rouge rosé un peu livide et squameuses.	*Parapsoriasis lichénoïde.* (*Lichen variegatus.*)
			β) *Elle est fort prurigineuse.* — Plaques multiples, disséminées sans ordre aucun, d'un rouge effacé un peu grisâtre, recouvertes de squames fines, adhérentes, très prurigineuses, épaissies, lichénifiées, ayant de la tendance à augmenter, à s'épaissir davantage, enfin à former des tumeurs rouges, mamelonnées, saillantes.		*Mycosis fongoïde.*

V. Éruptions rouges et squameuses. (*Suite.*)	b) *Pas de tendance nette à la circination.* (Suite.)	b') *L'éruption est d'une manière générale péripilaire.*	Elle est composée de petits éléments rouges péripilaires un peu squameux, disséminés ou groupés ; parfois ils donnent la sensation d'une papule péripilaire (voir *Éruptions papuleuses*). Localisation à la région thoracique surtout, mais aussi parfois aux membres : coexistence fréquente de la dermatose figurée médio-thoracique.	*Séborrhéide péripilaire.*
	c) *Tendance à la généralisation, avec rougeur intense du derme et desquamation plus ou moins lamelleuse et abondante de l'épiderme.*	a') *L'éruption généralisée rouge et desquamative se développe d'emblée primitivement.*	α) Durée courte.	*Erythème desquamatif scarlatiniforme.*
			β) Durée de plusieurs mois au moins, avec grandes desquamations lamelleuses et réaction fébrile.	*Dermatites exfoliatives généralisées.*
			γ) Durée fort longue avec squames fines et moyennes. Etat grave progressif : tuberculose concomitante.	*Pityriasis rubra grave de Hebra.*
		b') *L'éruption généralisée rouge et desquamative se développe secondairement à une dermatose antérieure.*	α) Courte durée de la généralisation.	*Poussées érythrodermiques généralisées sur dermatose antérieure.*
			β) Longue durée de la généralisation et gravité de l'état général.	*Herpétide maligne exfoliative.*
	d) *Éruptions rouges et squameuses généralisées congénitales.*		α) La rougeur est assez peu marquée sur le tronc et la figure, plus vive sur les membres, et surtout aux extrémités : croissance rapide des cheveux et des ongles : aspect général d'ichthyose avec exagération du processus au cou et aux plis articulaires.	*Erythrodermies ichthyosiformes congénitales avec hyperépidermotrophie.*
			β) Id. : mais en outre il y a des poussées de bulles qui diminuent à mesure que le sujet avance en âge.	*Id. : Forme bulleuse.*
			γ) La rougeur est peu intense, la peau est sèche ; mais aux mains et aux pieds, il y a de la rougeur et de la desquamation sèche.	*Id. : Formes avortées* allant vers les kératodermies érythémateuses palmaires et plantaires.
VI. Éruptions papuleuses.	A) *Éruptions non péripilaires.*	a) *Éruptions non prurigineuses.*	a') Papules nettement définies, indolentes, d'un rouge plus ou moins pâle ou chaudron, lisses ou un peu squameuses (souvent la squame forme une fine collerette périphérique : collerette de Biett), donnant au doigt une sensation d'infiltration des téguments, multiples, disséminées sans ordre sur le front, le menton, le sillon naso-génien, et surtout sur le tronc, sur les membres.	*Syphilides papuleuses secondaires vulgaires.*

VI. Éruptions papuleuses. (*Suite.*)	A) *Éruptions non péripilaires.* (Suite.)	a) *Éruptions non prurigineuses.* (Suite.)	*b'*) Papules minuscules aplaties, lisses ou un peu squameuses, accolées les unes à côté des autres de façon à former un cercle complet ou un arc de cercle plus ou moins étendu, dont le centre est sain ou presque sain ; parfois lésions circinées par confluence de plusieurs cercles voisins : localisations d'élection : le pourtour du nez et de la bouche.	*Syphilides papuleuses circinées secondaires, dites élégantes.*
			c') Éruption papuleuse d'un rouge bistre ou cuivré, ayant une certaine tendance aux circinations, donnant au toucher une sensation d'infiltration dermique, recouverte de squames assez peu adhérentes.	*Syphilides psoriasiformes.*
		b) *Éruptions prurigineuses.*	Petits éléments nettement limités, à aspect néoplasique, de la grosseur moyenne d'une tête d'épingle, aplatis, brillant aux incidences de lumière, parfois ombiliqués, par confluence formant des plaques de 5 à 10 millimètres et plus de diamètre, d'un rouge pâle un peu bistre avec stries blanches à leur surface, recouvertes aussi parfois de squames fines, grisâtres, adhérentes. Localisations d'élection : les lombes, le bas-ventre, les poignets.	*Lichen plan.*
	B) *L'éruption est d'une manière générale péripilaire.*		*a*) Éruption composée de petits éléments rouges péripilaires squameux, disséminés ou groupés, parfois prurigineux : localisation à la région médiothoracique surtout : coexistence parfois avec la dermatose figurée médiothoracique.	*Séborrhéide péripilaire.*
			b) Éruption composée d'éléments saillants papulo-squameux, péripilaires, souvent avec saillie centrale presque cornée ; quelques-uns peuvent être suppurés ; teinte rouge pâle un peu livide ; groupement par plaques irrégulières.	*Lichen scrofulosorum.* (*Tuberculides péripilaires.*)
			c) Éruption composée d'éléments papulo-squameux péripilaires saillants, bien réguliers, quasi cornés, donnant au doigt une sensation de râpe, ayant de la tendance à former par confluence des nappes rouges et squameuses, coïncidant avec de la kératodermie érythémateuse palmaire et plantaire, et des cônes circumpilaires de la face dorsale des phalanges.	*Pityriasis rubra pilaris.* (*Lichen ruber acuminatus de Hebra-Kaposi.*)
			d) Éruption composée d'éléments acnéiformes, du volume moyen d'une très grosse tête d'épingle, d'un rouge bistre ou livide, avec croûtelle centrale ; disséminés sans ordre, sans prurit. Souvent cicatrices déprimées consécutives, surtout aux membres inférieurs où ils deviennent parfois ulcéreux.	*Syphilides acnéiques.*
			e) Éruption composée de tout petits éléments miliaires d'un rouge livide, péripilaires, papulo-squameux, non prurigineux : surtout nombreux vers les lombes.	*Syphilides lichénoïdes.*

VII. Éruptions vésiculeuses.	A) *Disséminées sans ordre aucun.*	a) *Vésicules transparentes, sans inflammation périphérique.*	α) *Solides, se rompant difficilement.*	α') De fort longue durée, non prurigineuses, siégeant à la face et surtout au nez.	*Idrocystome.*
				β') A évolution rapide, souvent prurigineuses, siégeant surtout aux extrémités, en particulier à la face interne des doigts.	*Dysidrose.*
			β) *Se rompant facilement, éphémères.*		*Sudamina.*
		b) *Vésicules transparentes avec rougeur périphérique. Halo minuscule.*			*Miliaire rouge.*
		c) *Vésico-pustules miliaires fort nombreuses.*			*Miliaire blanche.*
		d) *Très grosses vésicules,* sortes de bulles, à éruptions successives, avec ulcération dermique sous-jacente, s'accompagnant souvent de phénomènes généraux, et d'éruptions sur la muqueuse bucco-pharyngée-laryngée ; évolution rapide et cyclique.			*Varicelle.*
	B) *Groupées par plaques, sans systématisation.*	a) *Vésicules minuscules de la grosseur moyenne d'une tête d'aiguille et très prurigineuses.*		a') Petites vésicules minuscules un peu inégales de dimension, développées sur fond rouge (rougeur s'effaçant en partie par la pression), donnant lieu par leur ouverture à l'extérieur à un suintement séreux, citrin, qui poisse aux doigts et empèse le linge : l'éruption forme des placards irréguliers le plus souvent étendus : elle s'observe surtout aux membres.	*Eczéma vésiculeux vrai.*
				b') Id. : avec lichénification.	*Eczéma lichénifié.*
				c') Id. : avec lichénification très accentuée ; récidives incessantes ; grande extension ; maxima aux membres.	*Prurigos diathésiques d'E. Besnier.*
		b) *Vésicules assez volumineuses, du volume moyen d'une grosse tête d'épingle.*		a') Vésicules bien formées, du volume d'une grosse tête d'épingle, groupées les unes à côté des autres au nombre de 6 à 30, les centrales devenant confluentes parfois ; récidives dans les mêmes régions, aux lèvres, aux fesses et aux parties génitales en particulier.	*Herpès vulgaire.*
				b') Vésicules irrégulières de forme et de grandeur, développées sur une base érythémateuse, simulant des groupes d'herpès ; çà et là vésicules isolées par places ; éléments érythémateux : prurit extrêmement intense ; poussées successives.	*Dermatite herpétiforme, sans herpès vulgaire.*
	C) *Vésicules assez volumineuses groupées suivant des bandes.*	Vésicules bien formées, groupées par 10 ou 30, comme dans l'herpès, mais formant plusieurs groupes disposés de manière à figurer des bandes ayant une disposition assez analogue à celle des nerfs de la région ; d'ordinaire unilatérales.			*Zona.*

VIII. ÉRUPTIONS PAPULO-VÉSICULEUSES.	A) *Disséminées sans ordre aucun.*	*a*) Papulo-vésicules urticariennes, du volume d'une très grosse tête d'épingle, disséminées çà et là, sur tous les téguments, *prurigineuses*, sans placard d'eczéma ni de lichénification.	*Prurigo simplex.*
		b) *Id.*, mais début dans la première enfance, crises de prurit fort intenses, grands placards d'eczématisation et de lichénification : maladie des plus rebelles : maxima sur les membres.	*Prurigo vrai.* (*Prurigo de Hebra.*)
		c) *Id.*, mais papulo-vésicules un peu moins volumineuses; coexistence d'un ou de plusieurs placards au niveau desquels les téguments sont rouges, épaissis, suintants, eczématiques d'aspect : *siège surtout sur les membres.*	*Eczéma papulo-vésiculeux.*
	B) *Affectant la disposition générale circinée.*	*a*) Cercles géométriques avec bordure rouge légèrement saillante, de 1 à 3 millimètres de large, pouvant être simplement squameux, parfois surmontés d'une couronne de vésicules de la grosseur d'une petite tête d'épingle. Le centre est à peu près sain ou un peu squameux : parfois il y a deux cercles concentriques.	*Trichophytie cutanée.* (*Herpès circiné parasitaire.*)
		b) Cercles peu géométriques, souvent polycycliques par confluence; bordure rosée saillante, avec vésicules sur cette bordure; extension graduelle périphérique ; prurit intense.	*Dermatite herpétiforme sens trichophytie de la peau.*
		c) Plaques arrondies, nummulaires, de la grandeur moyenne d'une pièce de 2 francs ou de 5 francs, parfois absolument trichophytoïdes; composées de papulo-vésicules agglomérées les unes à côté des autres; parfois très suintantes, recouvertes de croûtes et de squames, prurigineuses, rebelles.	*Eczéma nummulaire.*
IX. ÉRUPTIONS BULLEUSES.	A) *Les bulles se forment d'emblée sur la peau saine.*	*a*) Éphémères, mais bien formées, inoculables et auto-inoculables.	*Pemphigus épidémique.*
		b) N'existent à l'état de bulle que tout a fait au début, se troublent tout de suite et donnent lieu à des croûtes jaunâtres mélicériques.	*Impétigo vrai ou contagiosa.*
		c) *Id.*, et produisent tout de suite des décollements sous-épidermiques qui s'étalent excentriquement en formant une lésion aplatie, étalée, d'aspect louche et opalin avec épiderme soulevé, aréole rouge périphérique.	*Ancien ecthyma superficiel des auteurs.* (*Impétigo* de Sabouraud.)
		d) Bulles volumineuses, accidentelles, çà et là disséminées ; laissant au-dessous d'elles des téguments rouges et pigmentés qui ne reviennent que fort lentement à l'état normal. Sièges d'élection : parties génitales, mains, lèvres, bouche.	*Antipyrinides.*
		e) Bulles se développant sur les points de pression : disposition congénitale et familiale.	*Pemphigus traumatique.*
		f) *Id.*, mais, aux endroits très souvent atteints, il se développe des kystes épidermiques, et la peau prend un aspect cicatriciel.	*Pemphigus successif à kystes épidermiques.*
		g) Eruption de bulles multiples çà et là disséminées sur la peau. α) État grave, évolution chronique.	*Pemphigus chronique grave.*
		β) État excellent, évolution subaiguë.	*Pemphigus vrai subaigu.*

IX. ÉRUPTIONS BULLEUSES. (*Suite.*)	B) *Les bulles se forment sur la peau saine et sur des plaques érythémateuses.*	*a*) Les bulles se forment sur base d'urticaire, et sont çà et là disséminées, non groupées.	*Urticaire bulleuse.*
		b) Elles se forment sur base érythémateuse, sont mal formées, et le soulèvement épidermique, simplement opalin, annulaire sur fond rouge, forme une cocarde avec croûtelle centrale. Sièges d'élection : la face dorsale des mains, les poignets, les lèvres.	*Herpès iris de Bateman ou hydroa vésiculeux de Bazin.*
		c) Elles se forment, bien tendues, sur peau saine et sur plaques érythémateuses, sont souvent hémorragiques : l'évolution est suraiguë, fébrile; l'état général est rapidement grave : mort fréquente.	*Pemphigus aigu fébrile grave.*
		d) Elles se forment, bien tendues, sur base érythémateuse, siègent aux poignets, aux mains, aux coudes, aux genoux ; évolution aiguë ou subaiguë, peu de prurit et de phénomènes douloureux subjectifs.	*Erythème polymorphe vésiculo-bulleux.*
		e) Elles se forment sur tout le corps, sur peau saine et sur peau érythémateuse, par poussées successives, avec un prurit des plus violents.	*Dermatites polymorphes douloureuses.*
		f) Elles sont flasques et tendent à ne devenir que de la simple desquamation avec rougeur généralisée du derme.	*Pemphigus foliacé.*
		g) Elles se développent surtout vers les plis, aux commissures labiales, et sur leur base il se forme des végétations exubérantes, fongueuses, suintantes, fétides.	*Pemphigus végétant.*
		h) Elles se développent çà et là sur la peau et leur base végète comme ci-dessus (se défier alors d'une éruption artificielle).	*Iodisme bulleux végétant.*
X. ÉRUPTIONS PUSTULEUSES.	A) *La pustule se forme d'emblée sur la peau saine.*	*a*) *Elle n'est pas péripilaire.*	*Ecthyma vrai des anciens auteurs.*
		b) *Elle est péripilaire.*	*Folliculites.* (V. cuir chevelu et barbe.)
	B) *Elle se forme sur une peau érythémateuse ou déjà affectée d'une autre dermatose.*	*a*) Pustules multiples avec plaques érythémateuses et papuleuses. Poussées successives. Prurit intense.	*Formes pustuleuses de la dermatite polymorphe douloureuse.*
		b) Pustules se formant sur des éruptions artificielles (voir mains), ou sur des éruptions d'eczéma, ou de prurigo, ou de séborrhéides.	*Pyodermites secondaires.*
XI. ÉRUPTIONS PAPULO-PUSTULEUSES.	*Pas de tendance à la circination.*	*Éruption surtout péripilaire.* — Composée de comédons, de papulo-pustules acnéiques, sur fond de séborrhée huileuse. Sièges d'élection : face, dos et poitrine.	*Acné vulgaire.*
XII. ÉRUPTIONS TUBERCULEUSES ET TUBERCULO-ULCÉREUSES.	A) *Éruptions disséminées.*	a) *Évolution rapide et inflammatoire.* — Sorte d'abcès intradermique et hypodermique avec inflammation nodulaire intense, d'un rouge vif, douloureux.	*Furoncle. Anthrax.*
		b) *Évolution torpide : multiplicité des éléments.* — Petits nodules d'un rouge assez vif, d'un rouge livide et violacé aux membres inférieurs. Indolents. Tendance à la suppuration centrale, parfois à la nécrose centrale des tissus. Cicatrice centrale déprimée indélébile avec pigmentation périphérique.	*Tuberculides papulo-ulcéreuses et papulo-nécrotiques.*

XII. ÉRUPTIONS TUBERCULEUSES ET TUBERCULO-ULCÉREUSES. (*Suite.*)	B) *Éruptions disséminées ou groupées, mais surtout groupées.*		a) *Tendance marquée à la généralisation sur de vastes surfaces.* — Tubercules arrondis, saillants, durs sous le doigt, d'un rouge fauve, le plus souvent pâle, avec des télangiectasies à leur surface; se groupant par places de façon à former des bosselures, surtout au visage (Léontiasis); alopécie sourcilière; troubles de la sensibilité : évolution fort lente : (à la biopsie, bacille de Hansen). Lieu d'élection : face, oreilles, mains, pieds, membres.	*Lèpre tuberculeuse.*
		b) *Tendance à former des placards circonscrits.*	*a'*) Nodules profonds, intradermiques, agglomérés, prenant par la compression la teinte du sucre d'orge, un peu sensibles au toucher, très mous; évolution périphérique des plus lentes. (Lieu d'élection : figure (voir ce mot).	*Lupus vulgaire non ulcéreux.*
			b') Aspect analogue, mais périphérie en activité nette, avec par places des ulcérations recouvertes de croûtes brunâtres plus ou moins adhérentes; centre à tendances cicatricielles avec nodules sucre d'orge enchâssés dans la cicatrice. Evolution lente. Lieu d'élection : la figure, mais peut s'observer sur tout le corps.	*Lupus vulgaire ulcéreux.*
		c) *Tendance marquée à la circination.*	*a'*) Placards circinés, à marche extensive par les bords sous forme de nodules un peu saillants, arrondis, lisses, accolés les uns à côté des autres de manière à constituer une chaîne circinée; indurés, parfois un peu squameux ou squamo-croûteux à leur sommet, indolents, d'un rouge livide; le centre déprimé a un aspect un peu cicatriciel. Evolution subaiguë, parfois assez rapide. Lieu d'élection : le visage.	*Syphilides tertiaires tuberculeuses circinées non ulcératives* (forme assez rare.)
			b') Placards à physionomie assez analogue aux précédents, mais avec tendance à l'ulcération des nodules d'extension; formation de lésions ulcéreuses circinées, recouvertes de croûtes brunâtres ou d'un brun noirâtre; tendance à l'extension périphérique relativement rapide, avec cicatrices consécutives. Peuvent siéger sur un point quelconque des téguments.	*Syphilides tuberculo-ulcéreuses serpigineuses tertiaires.*
XIII. ÉRUPTIONS DONT LE CARACTÈRE MAJEUR EST LE CHANGEMENT DE LA COLORATION NORMALE DE LA PEAU (DYSCHROMIES).	A) *Disparition du pigment de la peau qui est d'un blanc mat.*		*a*) L'affection est congénitale. — Localisée ou généralisée.	*Albinisme.*
			b) L'affection est acquise.	*Leucodermie.*
	B) *Troubles de la pigmentation normale de la peau, mais la décoloration domine.*		a) *Pas de modification de la consistance normale de la peau.* — Plaques décolorées avec exagération de la pigmentation tout autour : achromie centrale avec hyperchromie périphérique.	*Vitiligo.*

XIII. ÉRUPTIONS DONT LE CARACTÈRE MAJEUR EST LE CHANGEMENT DE LA COLORATION NORMALE DE LA PEAU (DYSCHROMIES). (*Suite.*)

C) *Il y a exagération de la pigmentation normale de la peau.*	B) *Troubles de la pigmentation normale de la peau, mais la décoloration domine.*	b) *Il y a des modifications de la consistance normale de la peau.*	b') *Les lésions sont circonscrites sous forme de plaques limitées.*	a') *Les lésions sont circonscrites sous forme de plaques limitées.*	α) La peau est parfois épaissie, lardacée, d'un blanc mat ou jaunâtre au centre, avec une fine bordure d'un rose lilas périphérique.	*Sclérodermie en plaques.*
					β) Elle est assez souple, blanchâtre au centre avec symptômes de régression, et anneau rosé périphérique.	*Sclérodermies en plaques non infiltrées* (Morphées.)
					γ) Elle est déprimée, atrophiée, suivant des plaques assez bien limitées.	*Atrophies cutanées en plaques.*
					δ) Elle est déprimée et atrophiée suivant de petits éléments punctiformes analogues comme grandeur aux éléments de lichen plan.	*Lichen plan atrophique.*
					ε) Elle est simplement amincie, un peu bleuâtre, par stries, ou par bandes, ou par petites plaques allongées ; l'aspect est analogue à celui d'un tégument dont toute la partie profonde serait absente. Sièges d'élection : le bas-ventre, les seins, le pourtour des articulations, le haut des cuisses, les fesses, les épaules.	*Vergetures.*
					α) La peau est infiltrée, lardacée, blanchâtre, peu ou point mobile sur les plans sous-jacents. Lieux d'élection : face, thorax, membres.	*Sclérodermie œdémateuse généralisée.*
					β) La peau est amincie, trop étroite, collée aux parties sous-jacentes ; lésions symétriques siégeant surtout aux extrémités.	*Sclérodermie symétrique des extrémités.*
		a) *Éruptions de teinte café au lait clair ou foncé, ne formant pas de tumeur.*	a') *Le grattage ne les fait pas desquamer.*	a'') *Leur marche est extrêmement lente, parfois elles sont congénitales.*	α) Taches punctiformes foncées avec poils plus volumineux que sur les parties voisines.	*Nævi pigmentaires pileux.*
					β) Taches étalées, mais nettement circonscrites, sensibilité normale.	*Nævi pigmentaires plans.*
				b'') *Elles sont nettement acquises.*	α) Petites, assez régulières, isolées les unes des autres, nombreuses, lenticulaires. Lieux d'élection : la figure, le nez, les pommettes, le front, les mains et les avant-bras.	*Éphélides. Lentigo.*
					β) Taches étalées, irrégulières de forme et de contour. Sièges : le front, les tempes, les régions préauriculaires, etc.	*Chloasma.*
					γ) Pigmentations diffuses, ayant de la tendance à envahir de grandes surfaces, mal définies comme contours, maxima vers le cou et les grands plis articulaires.	*Rechercher la maladie d'Addison, les pigmentations tuberculeuses, nerveuses, anémiques, arsénicales*, etc.
					δ) Pigmentation en réseau avec îlots de la teinte normale de la peau conservés çà et là. Sièges d'élection : le cou, puis la partie supérieure du thorax ; surtout fréquente chez la femme.	*Syphilide pigmentaire.*

XIII. ÉRUPTIONS DONT LE CARACTÈRE MAJEUR EST LE CHANGEMENT DE LA COLORATION NORMALE DE LA PEAU (DYSCHROMIES). (*Suite.*)

- C) *Il y a exagération de la pigmentation normale de la peau.*
  - a) *Éruptions de teinte café au lait clair ou foncé, ne formant pas de tumeur.*
    - a') *Le grattage ne les fait pas desquamer.*
      - b'') *Elles sont nettement acquises.*
        - ε) Taches fauves, à bords parfois assez mal limités, parfois nets, à marche lente. Troubles accentués de la sensibilité. Lieux d'élection : le tronc, les fesses, les parties supérieures des membres. (Se défier de la lèpre chez les sujets ayant habité les pays à lèpre.) — *Lèpre maculeuse.*
    - b') *Le grattage les fait desquamer.*
      - Rechercher dans les squames le microsporon furfur. Siège d'élection : le tronc. — *Pityriasis versicolor.*
- D) *Il y a à la fois taches hyperchromiques, plaques de télangiectasies, et plaques blanchâtres d'atrophie cutanée. (Possibilité d'évolution vers l'épithéliome.)*
  - a) *Maladie familiale presque congénitale.* Localisations d'élection : la face, le cou, les mains, les avant-bras, etc. — *Xéroderma pigmentosum.*
  - b) *Lésions acquises.*
    - α) Siège surtout aux mains chez les personnes exposées aux rayons X. — *Radiodermites chroniques des radiothérapeutes.*
    - β) Siège surtout à la figure et aux mains des personnes exposées aux intempéries. — *Epithéliomatose pigmentaire des marins et des campagnards.*
- E) *Il y a hyperpigmentation et productions papulo-croûteuses souvent folliculaires*, ressemblant à une sorte d'acné sébacée, cornée, hypertrophique ; lieux d'élection, les aines, les aisselles, le pourtour des organes génitaux, les flancs, la région présternale, le cuir chevelu, la face. — *Psorospermose folliculaire végétante.*
- F) *Il y a hypertrophie des papilles dermiques.*
  - Exagération de la pigmentation de la peau pouvant aller jusqu'à la teinte presque noire ; pas de desquamation.
    - Diffuse, mais atteignant son maximum au niveau des plis articulaires ; les muqueuses sont prises ; se développe chez les cachectiques. — *Acanthosis nigricans.*

XIV. DERMATOSES CARACTÉRISÉES SURTOUT AU POINT DE VUE OBJECTIF PAR LE GRAND DÉVELOPPEMENT DES PAPILLES ET DE LEUR REVÊTEMENT ÉPITHÉLIAL : *par de l'hyperacanthose et de l'hyperkératose*[1].

- A) *D'origine congénitale ou à évolution fort lente.*
  - a) *Lésions isolées, peu nombreuses ou uniques (verruqueuses).* — *Nævi verruqueux.*
  - b) *Formant des bandes verruqueuses linéaires, plus ou moins nombreuses, zoniformes d'aspect, uni ou bilatérales.* — *Nævi verruqueux zoniformes. (Ichthyose hystrix partielle des auteurs).*
- B) *Acquises.*
  - a) *Sans réaction inflammatoire visible.*
    - a') *Diffuses*, mais atteignant leur maximum au niveau des plis articulaires ; *se compliquent de pigmentations*, se développent chez les cachectiques (voir plus haut). — *Acanthosis nigricans.*
    - b') *Circonscrites, formant des sortes de papules épidermiques avec papillomatose et hyperkératose*, à bords assez nets, arrondies ou ovalaires, parfois irrégulières par confluence de 2 ou de plusieurs éléments voisins, faisant une saillie plus ou moins forte au-dessus du niveau du derme.
      - α) Saillantes, verruqueuses, cornées, grisâtres. Sièges : les mains, les doigts, le cuir chevelu. — *Verrue vulgaire.*
      - β) Aplaties, minuscules, toujours multiples. Siège d'élection : la face. — *Verrues planes.*
      - γ) Aplaties, grisâtres ou noirâtres, ayant souvent à leur surface un enduit graisseux. Sièges : la face et surtout le tronc où elles sont fort nombreuses. — *Verrues planes séborrhéiques. Verrues séniles.*

[1] *L'acanthosis nigricans* (voir ci-dessus) peut rentrer dans ce groupe.

XIV. Dermatoses caractérisées surtout au point de vue objectif par le grand développement des papilles et de leur revêtement épithélial : *par de l'hyperacanthose et de l'hyperkératose.* (Suite.)	B) *Acguises.* (Suite.)	b) *Avec réaction inflammatoire visible.*		a') *Évolution relativement subaiguë* (de 6 à 12 mois) *et spontanée vers la guérison :* au centre une sorte de papillomatose mamelonnée avec ulcération ; base rouge, indurée; le tout ayant de 1 à 4 cent. de diamètre et formant des sortes de tumeurs cutanées ulcéreuses arrondies ou ovalaires.	*Bouton d'Orient.* (*Clou de Biskra.*)
				b') *Évolution chronique, peu ou point de tendance à la guérison spontanée,* tendance à s'étendre lentement par la périphérie, en affectant une forme générale assez nettement arrondie ou ovalaire ou circinée ; à la périphérie base rouge infiltrée ; au centre papilles hypertrophiées avec petits abcès dans la couche papillaire. Sièges d'élection : les doigts, les mains, les poignets, les pieds.	*Tuberculose verruqueuse.* (*Lupus scléreux papillomateux. Tubercule anatomique.*)
				c') *Évolution relativement rapide, extensive par les bords, avec tendance à former des circinations ;* les lésions en activité sont infiltrées, ulcéreuses, ulcéro-croûteuses avec papillomatose, c'est-à-dire qu'il se produit dans les ulcérations des sortes de végétations.	*Syphilides ulcéreuses serpigineuses végétantes.*
				d') *Les végétations sont précédées de lésions bulleuses.*	(Voir *Éruptions bulleuses.*)
XV. Dermatoses caractérisées par des tumeurs cutanées.	A) *Sans réaction inflammatoire visible.*	a) *L'évolution est fort lente ou la lésion est congénitale.*	a') *Les tumeurs sont isolées les unes des autres,* et, quelque nombreuses qu'elles soient, elles ont de la tendance à rester discrètes.	α) Tumeurs multiples, non douloureuses, non inflammatoires, de teintes et de volumes fort variables, criblant toute la surface cutanée, au niveau desquelles la peau semble être simplement distendue et macroscopiquement non altérée dans sa structure ; coexistant avec des nævi pigmentaires et télangiectasiques.	*Fibroma molluscum généralisé.* (Maladie de Recklinghausen.)
				β) Tumeurs isolées, de teinte blanchâtre, faisant une saillie mollasse, flasque, pédiculée, d'une grosseur variant de celle d'un pois à celle d'une noix, d'ordinaire peu nombreuses.	*Molluscum pendulum.*
				γ) *Id.*, mais arrivant à former des tumeurs considérables.	Tumeurs majeures du *fibroma molluscum. Molluscum fibrosum circonscrit. Dermatolysie.*
				δ) Gros plis de la peau qui est adossée à elle-même par sa face profonde, et qui est hypertrophiée sans autre altération visible.	
				ε) Tumeurs minuscules, blanches ou blanc rosé, dures au toucher, de 2 à 5 millimètres dans leur grand diamètre, sur 1 à 3 millimètres dans leur petit diamètre ; siégeant sur la partie antérieure de la poitrine, plus rarement aux bras et au cou.	*Syringo-cystadénomes* ou *idradénomes.* (*Epithéliomes kystiques bénins.*)
			b') *Les tumeurs sont agglomérées les unes à côté des autres.* — Elles forment des sortes de mamelonnements blanchâtres, ou rosés par télangiectasies, vers les sillons nasogéniens et vers la base du nez.		*Adénomes sébacés.*

XV. Dermatoses caractérisées par des tumeurs cutanées. (*Suite.*)	A) *Sans réaction inflammatoire visible.* (Suite.)	b) *L'évolution tout en étant fort lente est appréciable.*	α) Petits grains blanchâtres ou d'un blanc jaunâtre, de la grosseur moyenne d'une tête d'épingle, enchâssés dans l'épiderme et qu'il est possible d'énucléer totalement avec une fine pointe (siège au visage.)	*Milium.*
			β) Petites saillies assez mal limitées à la vue, paraissant jaunâtres à travers l'épiderme, avec point noirâtre central lequel est l'orifice d'une glande sébacée, et par lequel il est souvent possible par une expression vigoureuse de faire sortir de la matière sébacée sous la forme d'un ruban blanc jaunâtre.	*Kyste sébacé.*
			γ) Petites tumeurs arrondies, dures, indolentes, plus ou moins mobiles, du volume d'un pois ou d'une noisette, siégeant sur la face palmaire des mains et surtout des doigts.	*Kyste épidermique traumatique.*
			δ) Petites saillies nettement arrêtées, formant des nodules arrondis, comme globuleux, perlés, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un petit pois, superficielles, épidermiques, ombiliquées au centre, énucléables par pression entre les mors d'une pince. Sièges : face, parties génitales, etc...	*Molluscum contagiosum.*
			ε) Nodules à peine rosés, durs, de 3 à 8 millimètres de diamètre, fort douloureux, çà et là disséminés. Sièges d'élection : le tronc, les épaules, les bras, etc...	*Dermatomyomes.*
			η) Nodules de la couleur de la peau ou à peine rosés, très durs, nullement douloureux, d'ordinaire de la grosseur moyenne d'un noyau de cerise.	*Fibromes.*
			θ) Tumeurs molles, sans lésion, ni altération de couleur visible de la peau, semblant être situées dans l'hypoderme. — α') Très molles et volumineuses.	*Lipomes.*
			β') Plus dures et d'une grosseur variant de celle d'un pois à celle d'une noix.	*Fibro-lipomes.*
	B) *Éruptions sans réaction inflammatoire visible, mais ayant une teinte café au lait ou jaunâtre et formant tumeurs.*		*a*) Taches café au lait clair ou foncé ou brunâtres, avec un peu d'épaississement de la peau, devenant urticariennes par le frottement. Lieu d'élection : le tronc.	*Urticaire pigmentée.*
			b) Taches d'un jaune clair ou un peu foncé, avec infiltration des téguments, marche lente ; siégeant à la partie interne des paupières.	*Xanthélasma des paupières.*
			c) *Id.*, mais nodulaires, disséminées çà et là, formant parfois de véritables tumeurs jaunâtres bosselées en certains points surtout aux coudes et aux genoux.	*Xanthélasma disséminé. Xanthélasma tuberosum.*
			d) *Id.* Teinte plus rosée, parfois même rouge sombre à la base, aspect plus papuleux, moins en tumeurs ; consistance ferme ; évolution pouvant être rapide.	*Xanthome des diabétiques.*
	C) *Tumeurs ayant une teinte rouge ou rosée sans tendance à l'ulcération.*		a) *Sans poussées inflammatoires.* — Tumeurs d'un blanc rosé ou rouge, faisant une certaine saillie au-dessus du niveau du derme, à contours fort souvent irréguliers, avec pro-	*Chéloïde.*

XV. Dermatoses caractérisées par des tumeurs cutanées. (*Suite.*)	C) *Tumeurs ayant une teinte rouge ou rosée sans tendance à l'ulcération.* (Suite.)			longements en forme de patte de crabe ; dureté tout à fait spéciale ; évolution fort lente. Siège d'élection : région présternale.	
				b) *Avec poussées inflammatoires intercurrentes.* — Hypertrophie énorme des tissus qui deviennent mamelonnés, verruqueux, par une sorte d'œdème dur considérable ; de temps en temps poussées de lymphangites qui augmentent le volume des tissus. Lieux d'élection : les jambes, les organes génitaux, etc.	*Eléphantiasis* (voir ce mot).
	D) *Tumeurs ayant de la tendance à l'ulcération.*	a) *L'affection au début n'a pas l'aspect d'une tumeur, mais d'une simple dermatose.*		α) Plaque d'un rouge vif, à extension périphérique progressive lente, ressemblant au premier abord à de l'eczéma, à bords nettement arrêtés, un peu saillants, avec légère induration parcheminée sous-jacente. Siège au mamelon : la tumeur consécutive envahit le sein.	*Maladie de Paget du mamelon.*
				β) Début ordinaire par du prurit, et par des plaques ressemblant à de l'eczéma lichénifié, puis formation de tumeurs assez nettement limitées, saillantes, d'une teinte d'un rouge livide ou violacé, à surface souvent mamelonnée, tendance à l'ulcération centrale et parfois à la régression.	*Mycosis fongoïde* (forme vulgaire).
				γ) Début par une verrue séborrhéique ou par un papillome, ou par ce que l'on a appelé les crasses des vieillards (acné sébacée concrète), puis peu à peu induration des tissus, ulcération centrale, cratériforme, recouverte de croûtes noirâtres, adhérentes, saignant facilement ; perles blanches d'extension périphériques.	*Epithéliome superficiel.*
		b) *L'affection a dès le début l'aspect d'une tumeur.*	a') *Évolution subaiguë.*	α) Nodosités de volume variable, dermiques et hypodermiques, d'un rouge vif, se ramollissant peu à peu au centre, pour s'ouvrir et former une ulcération cratériforme qui tend à guérir.	*Gomme syphilitique.*
				β) *Id.*, mais tissus plus mollasses, plus violacés, évolution beaucoup plus lente ; après l'ouverture les bords sont plus minces, plus décollés, la réparation moins rapide.	*Gomme tuberculeuse.*
				γ) Nodosités d'ordinaire groupées avec infiltration très dure des tissus périphériques ; ramollissement central, et issue de pus granuleux spécial où l'on trouve parfois de l'actinomyces ; quand les lésions siègent à la face il y a souvent du trismus.	*Actinomycose* (voir ce mot).
			b') *Évolution lente.*	α) Tumeurs d'un rouge violacé, assez bien limitées, volumineuses, saillantes, mamelonnées, ayant de la tendance à s'ulcérer assez rapidement au centre en laissant une	*Mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée.*

XV. Dermatoses caractérisées par des tumeurs cutanées. (*Suite.*)	D) *Tumeurs ayant de la tendance à l'ulcération.* (Suite.)	b) *L'affection a dès le début l'aspect d'une tumeur.* (Suite.)	b') *Evolution lente.* (Suite.)	ulcération irrégulière, anfractueuse, mamelonnée, à fond sanieux.	
				β) Tumeurs d'un rouge bleuâtre, ou d'un brun rougeâtre, ou violacées, multiples, symétriques, débutant par les mains et les pieds, s'accompagnant d'une sorte d'œdème dur spécial, puis gagnant peu à peu tous les téguments, assez mal limitées, très multiples, ayant une certaine tendance à s'affaisser, à disparaître et surtout à se multiplier, rarement à s'ulcérer.	*Sarcomatose pigmentaire multiple, type Kaposi.*
				γ) Tumeurs plus ou moins nombreuses débutant par le tronc, la face, etc. Sans localisation systématique, de volume variable, dermiques ou hypodermiques, rouges, ou rougeâtres ou violacées; peu de tendance à la rétrocession et à l'ulcération.	*Sarcome généralisé hypodermique simple type Perrin.*
				δ) Tumeurs mamelonnées, multiples, avec induration et infiltration des téguments voisins, se développant sur une cicatrice de cancer opéré ou au niveau d'un cancer non opéré du sein : adénopathies.	*Carcinome secondaire de la peau.*

DEUXIÈME PARTIE

TABLEAUX DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PRINCIPALES DERMATOSES PAR RÉGIONS

CUIR CHEVELU

I. Il y a alopécie.	A) *Le cuir chevelu a un aspect normal.*	a) *Les cheveux ne présentent aucune lésion objectivement appréciable.*	α) *L'alopécie est diffuse, généralisée.*	1° Sa marche est suraiguë.	*Alopécies par intoxication* (acétate de thallium).
				2° Sa marche est rapide.	*Alopécies des grandes pyrexies* (fièvre typhoïde, érysipèle, etc.
			β) *L'alopécie est disposée par plaques disséminées.* — Alopécie en clairières.		*Syphilis secondaire.*
			γ) *L'alopécie est disposée en larges bandes.*	1° Chez l'enfant, à la région occipitale.	*Alopécie par frottement.*
				2° Chez la femme, au vertex.	*Alopécie par le contact des peignes.*
				Aux parties latérales du cuir chevelu.	*Alopécie par pression des objets de coiffure.*
			δ) *L'alopécie est régionale.*	1° Sa marche est subaiguë. — Début par la tonsure et par les parties latérales du front.	*a*) Il y a séborrhée huileuse. — *Alopécie séborrhéique.*
					b) Il n'y a pas de séborrhée huileuse. — *Alopécie prématurée idiopathique.*
				2° Sa marche est chronique. — Début par la tonsure et par les parties latérales du front.	*Alopécie sénile.*

I. Il y a alopécie. (*Suite.*)	A) *Le cuir chevelu a un aspect normal.* (Suite.)	b) *Les cheveux présentent des lésions objectives.*			α) *Ils sont cassés et quelques-uns offrent la lésion dite en point d'exclamation à la périphérie des plaques.* — Le cuir chevelu est blanc, lisse, ivoirin. L'alopécie est disposée en plaques arrondies ou ovalaires, plus rarement généralisée.	*Pelades vraies.*
					β) *Ils portent vers leur extrémité,* à 5 ou 20 millimètres de leur terminaison, *une ou plusieurs nouures* qui tiennent à l'éclatement transversal de leurs fibres : ils cassent à ce niveau.	*Trichorrhexis noueuse.*
					γ) *Ils sont éclatés à leur extrémité libre dans le sens de leur longueur.*	*Trichoptilose.*
	B) *Le cuir chevelu offre des lésions appréciables.*	1° *L'alopécie est complète au niveau des lésions.*	a) *Les cheveux ne présentent aucune lésion objective appréciable.*	α) *L'alopécie est disposée en plaques.*	a') Les plaques sont bien limitées, irrégulières de contours, déprimées, criblées de points rouges punctiformes très rapprochés, cicatricielles.	*Lupus érythémateux.*
					b') Les plaques sont bien limitées, allongées ou ovalaires, d'un blanc jaunâtre, lardacées, entourées parfois d'un fin liseré rose (lilac ring).	*Sclérodermie.*
					c') Les plaques sont arrondies, ovalaires, lisses, analogues comme aspect à de la pelade et ne présentent comme lésion objective que la cicatrice d'un furoncule, ou la trace d'une folliculite ou d'un impétigo au centre de la plaque.	*Alopécies post-furonculeuses, post-impétigineuses.*
				β) *L'alopécie est disposée par plaques ou par bandes.*	a') Cuir chevelu un peu cicatriciel.	*Alopécies frontales consécutives à certaines folliculites qui accompagnent parfois les eczémas séborrhéiques.*
					b') Cuir chevelu presque sain d'aspect.	*Alopécies frontales post-séborrhéiques de la femme.*
				γ) *L'alopécie est diffuse.* — Le cuir chevelu est ou a été d'un rouge vif et squameux.		*Érythrodermies exfoliantes généralisées.*
			b) *Les cheveux présentent des lésions objectives.*	α) *Cheveux engainés.* — Cuir chevelu déprimé, blanc, cicatriciel par petites plaques qui peuvent confluer pour en former de plus grandes irrégulières de contours, comme serpigineuses.		*Pseudo-pelade.*
				β) *Cheveux ternes, décolorés, engainés.* — Godets jaunâtres entourant la base du poil ; alopécie cicatricielle par places.		*Favus.*
				γ) *Cheveux cassés à 1 ou 3 millimètres de leur émergence,* gros, engainés de blanc ; cuir chevelu grisâtre. — Disposition par plaques arrondies, plus rarement ovalaires.		*Teigne tondante de Gruby-Sabouraud.*
				δ) *Cheveux cassés ras, parfois enroulés dans l'épiderme, formant un point noir.* — Dissémination des points d'attaque qui sont souvent minuscules ; parfois large plaque primitive avec points secondaires disséminés.		*Trichophyties.*

I. Il y a alopécie. (*Suite.*)	B) *Le cuir chevelu offre des lésions appréciables.* (Suite.)	2° *L'alopécie est incomplète au niveau des lésions.*	*a*) Il y a des plaques de pityriasis çà et là disséminées.	*Pityriasis simplex.*
			b) Il y a des circinations composées d'un peu de rougeur et de squames croûtelleuses.	*Séborrhéide circinée* (*Pityriasis stéatoïde*).
			c) Il y a des plaques plus ou moins étendues, assez bien limitées, d'un rouge plus ou moins vif, squameuses, avec prurit. Tendance à la lichénification, parfois au suintement.	*Parakératose psoriasiforme.*
II. Il n'y a pas d'alopécie, ou l'alopécie n'est qu'assez peu marquée.	A) *Il n'y a pas de prurit.*	a) *Il existe des tumeurs arrondies* d'un volume qui varie de celui d'un gros noyau de cerise à celui d'un œuf, molles, quasi fluctuantes.		*Loupes.*
		b) *Il y a des saillies filiformes, pédiculées ou sessiles,* ressemblant à des végétations, sans réaction inflammatoire du cuir chevelu.		*Papillomes simples* ou *verrues filiformes du cuir chevelu.*
		c) *Le cuir chevelu présente des squames plus ou moins abondantes,* furfuracées, non stratifiées, sans aucune rougeur visible sous-jacente.	α) Elles sont généralisées, diffuses.	*Xérodermie, ichthyose, pityriasis rubra pilaris.* (Voir ces mots.)
			β) Elles sont en plaques.	*Pityriasis simplex.*
		d) *Il y a de la rougeur du cuir chevelu sous les squames.*	α) Les squames sont stratifiées, forment des amas épais, les cheveux les traversent verticalement.	*Psoriasis.*
			β) Les squames sont moins épaisses, elles ont une consistance grasse ; les lésions sont disposées en circinations.	*Séborrhéides circinées.* (Dans ce cas il y a d'ordinaire du prurit.) (Voir plus haut.)
	B) *Il y a du prurit.*	(Quand il y a du prurit au cuir chevelu, surtout chez les enfants, mais même chez les femmes, il faut toujours rechercher la *Phthiriase*. On examinera donc avec soin les cheveux derrière les oreilles et vers la nuque pour voir s'il n'y a pas de lentes). *S'il y a des lentes sur les cheveux,* conclure à la *Phthiriase,* mais préciser en outre les *complications cutanées qui peuvent coexister.*		
		a) *Enfants.*	α) Il y a des éléments isolés ou confluents, assez bien limités, qui sont le siège d'un suintement séro-purulent, lequel se concrète en croûtes jaunâtres qui s'agglutinent le long des cheveux.	*Impétigo granulata* (Symptomatique de phthiriase.)
			β) Il y a des pustules péripilaires jaunâtres plus ou moins nombreuses, disséminées.	*Impétigo de Bockhart.* (*Folliculites péri-pilaires.*)
		b) *Adultes.*	α) Il y a des rougeurs circinées, recouvertes de squames molles, donnant au toucher une sensation de graisse.	*Séborrhéides circinées.* (*Pityriasis stéatoïde.*) (*Séborrhéides eczématisantes*) (Voir plus haut.)
			β) Rougeurs en nappe assez nettement circonscrites en plaques, débordant les limites du cuir chevelu, surtout vers le front et le pli rétro-auriculaire, recouvertes de squames assez épaisses, plus rarement suintantes.	*Parakératoses psoriasiformes.* (*Eczéma séborrhéique.*) (Voir plus haut.)
			γ) Rougeurs en plaques situées surtout vers la nuque et en arrière des oreilles, bien limitées, épaissies, recouvertes de squames sèches, adhérentes, prurit intense paroxystique.	*Névrodermites sur séborrhéides.* (Prurit circonscrit avec lichénification sur séborrhéides).
			δ) Rougeurs assez diffuses avec suintement séreux par places, par places avec squames croûteuses engainant les cheveux et les collant sur le cuir chevelu.	*Eczéma vrai.*

II. Il n'y a pas d'alopécie ou l'alopécie n'est qu'assez peu marquée. (*Suite.*)	B) *Il y a du prurit.* (Suite.)	b) *Adultes.* (Suite.)	ε) Petits éléments rouges ou rosés arrondis, déprimés au centre avec une croûtelle centrale comme enchâssée dans l'élément; cicatrices déprimées dans le voisinage; multiplicité des éléments qui siègent surtout à la partie antérieure frontale et temporale du cuir chevelu (coexistence fréquente d'éléments semblables sur le nez et le front).	*Acné nécrotique.*

VISAGE

I. Nourrissons.	A) *Éruptions fixes ou n'évoluant qu'avec une certaine lenteur.*		a) *Légèrement saillantes, pigmentées, jaunâtres ou brunâtres, ne s'effaçant pas par la pression du doigt.* Sans réaction inflammatoire périphérique.	*Nævi pigmentaires.*
			b) *Planes, rouges, s'effaçant momentanément en partie par la pression du doigt.*	*Taches de vin* (nævi vasculaires lisses).
			c) *Saillantes, rouges; s'effaçant momentanément en partie par la pression du doigt.*	*Angiomes* (nævi vasculaires tubéreux).
			d) *Petites tumeurs arrondies ou ovalaires, bleuâtres ou d'un rouge effacé livide, fluctuantes.*	*Gommes tuberculeuses* (se défier de la syphilis héréditaire).
			(*Le lupus vrai est rare, mais possible dans la première enfance.*)	
	B) *Éruptions à évolution relativement rapide.*	a) *Éruption vésiculeuse. Plaques rouges, squameuses par places, par places suintantes, croûteuses, prurigineuses.*	α) Symétriquement situées sur le front, les deux pommettes, le menton, avec vésicules isolées, ou papulo-vésicules isolées visibles.	*Eczéma vésiculeux vrai.*
			β) Situées dans les plis rétroauriculaires, le sillon naso-génien, sous le cou, et gagnant de là les parties voisines en tache d'huile sous forme de plaques rouges uniformes.	*Eczéma séborrhéique* (voir séborrhéides).
		b) *Éruption bulleuse.*	a') *Éléments isolés, ou confluents, mais bien limités, disséminés çà et là, caractérisés d'abord par du soulèvement de l'épiderme par de la sérosité transparente, puis peu à peu par de la sérosité louche, enfin par des croûtes jaunâtres, mélicériques.*	*Impétigo vrai.* (*Impétigo contagiosa* de Tilbury Fox.)
			b') *Éléments larges, bulleux, transparents, notion d'épidémie* (assez rares au visage, se voient surtout sur le corps.)	*Pemphigus épidémique des nouveau-nés.*
		c) *Éruption papuleuse ou papulo-érosive.*	*Papules et plaques d'un rouge bistre, du volume moyen d'une lentille, un peu saillantes, squameuses, sauf vers les orifices où elles forment des rhagades suintantes:* situées autour de la bouche, du nez, au menton, aux paupières, etc. Non prurigineuses: coryza concomitant, etc.	*Syphilis héréditaire.*

Comme pour les nourrissons, mais les éruptions les plus fréquentes à la face dans la seconde enfance sont :

L'*impétigo contagiosa*, surtout s'il y a de la phthiriase (voir ci-dessus).

Le *pityriasis simplex de la face* (dartres furfuracées, dartres volantes) caractérisé par des plaques squameuses, pityriasiques, assez mal limitées.

En outre :

II. Seconde enfance.

A) *Éruptions fixes ou n'évoluant qu'avec une certaine lenteur.*

a) *Éruptions papuleuses.*

a') Petites papules rouges ou rosées, ou blanches, minuscules, péripilaires, serrées les unes à côté des autres, sur fond rosé ou rouge, disposées de manière à former des plaques mal limitées (bande longitudinale pré-auriculaire, bande oblique allant de la pommette à l'angle de la mâchoire, plaques symétriques de la queue des sourcils, triangles frontaux vers la partie interne des sourcils, etc.). Pas de prurit.	*Kératose pilaire érythémateuse de la face.*
b') Petites papules épidermiques, à peine saillantes, bien limitées, d'un brun clair, quelquefois grisâtres, multiples, disséminées sans ordre, parfois sous forme de traînées. Lieux d'élection : le front, les tempes, le menton, le pourtour de la bouche, les pommettes.	*Verrues planes.*
b) *Éruption tuberculeuse.* — Plaque unique, rarement multiple, constituée comme lésion élémentaire par des *tubercules* d'un rouge plus ou moins vif, ne s'effaçant que très peu par la pression et prenant alors l'aspect de nodosités sucre d'orge infiltrant le derme.	*Lupus vulgaire.*
c) *Lésions cutanées multiples* constituées par des taches hyperchromiques, des plaques minuscules de télangiectasies, des plaques blanchâtres d'atrophie cutanée ; il y a parfois des épithéliomes en voie d'évolution.	*Xéroderma pigmentosum.*

B) *Éruptions à évolution relativement rapide.*

a) *Éruption papuleuse.* — Petits nodules arrondis, comme globuleux, perlés, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un petit pois, superficiels, épidermiques, nettement limités, saillants, ombiliqués au centre, énucléables par pression entre les mors d'une pince.	*Molluscum contagiosum.*
b) *Lésion érythémateuse avec rhagade.* — Au coin des lèvres, lésions d'un rouge rosé, en rhagades, à bords assez nets ; épidémiques.	*Perlèche.*
c) *Lésions érythémato-vésiculeuses.* — Éruption formant un cercle géométrique ; périphérie marquée par un liséré étroit, rouge, un peu saillant et squameux, quelquefois finement vésiculeux ; centre un peu squameux ou sain.	*Trichophytie.*
d) *Lésions rouges et squameuses.* — Lésions finement squameuses, furfuracées, peu ou point rosées, à bords peu nets, disposées en plaques irrégulières.	*Pityriasis simplex* ou *dartres furfuracées*, ou *dartres volantes.*

III. Adolescents.

Comme pour la seconde enfance.

A noter ici deux genres principaux de téguments :

a) *Secs, xérodermiques*, et alors souvent *kératose pilaire* (voir ci-dessus).

b) *Graisseux, séborrhéiques*, et alors *séborrhée huileuse* et *acné*.

b) *Téguments graisseux.*

α) Sécrétion huileuse sur le front, le nez, les parties voisines des joues, vers les pommettes.	*Séborrhée huileuse.*
β) Sur fond de séborrhée, petits grains noirs disséminés que l'on peut exprimer par la pression sous la forme de petits filaments d'un blanc jaunâtre (Comédons).	*Acné comédonienne.*
γ) Sur fond de séborrhée, comédons, et papulo-pustules disséminées.	*Acné vulgaire*, ou *acné juvénile.*

IV. Adultes.

Comme pour les adolescents.
Mais en outre.

A) *Éruptions à évolution assez lente.*

a) *Taches pigmentées d'un jaune plus ou moins brunâtre, ne s'effaçant pas par la pression.*

α) Plaques irrégulières de contours, plus ou moins larges, siégeant sur le front, les tempes, les parties latérales des joues. — *Chloasma.*

β) Petites taches arrondies ou ovalaires, disséminées çà et là sur le nez, les joues, etc. — *Éphélides solaires.*

b) *Éruptions érythémato-squameuses.*

a') *Plaques rouges, d'un rouge assez vif*, s'effaçant en partie par la pression du doigt, à bordure externe d'un rouge foncé, saillante, turgescente, à centre plutôt déprimé; parfois recouvertes de fines squames grisâtres adhérentes; souvent presque symétriques. Lieux d'élection : face dorsale du nez, pommettes, oreilles. (*Évolution subaiguë, presque aiguë parfois.*) — *Lupus érythémateux superficiel aberrant* (vespertilio).

b') *Plaques rouges, à bords irréguliers, nettement arrêtés*, à périphérie rouge, tuméfiée, en activité, à centre déprimé, évoluant vers la cicatrice; la région en activité est caractérisée par de la rougeur profonde piquetée de tout petits points d'un blanc jaunâtre; à sa surface se voient des squames fines, grisâtres, stratifiées, très adhérentes, avec prolongements inférieurs dans les orifices du derme (*évolution fort lente*). — *Lupus érythemateux fixe.*

c) *Éruption tuberculeuse. — Placards formés de nodules profonds intra-dermiques agglomérés, prenant par la compression la teinte du sucre d'orge*, plus ou moins turgescents suivant les cas ; un peu sensibles au toucher ; très mous, se laissant dilacérer facilement avec une pointe. Évolution des plus lentes, extension par les bords. — *Lupus vulgaire non ulcéreux.*

d) *Éruption tuberculo-ulcéreuse.* — Aspect analogue; périphérie en activité nette, avec par places des ulcérations recouvertes de croûtes brunâtres plus ou moins adhérentes; centre à tendances cicatricielles avec nodules sucre d'orge enchâssés dans la cicatrice. Évolution lente. — *Lupus vulgaire ulcéreux.*

e) *Télangiectasies avec atrophie des follicules pilo-sébacés. — Plaques télangiectasiques avec atrophie des bulbes pileux*, de la queue des sourcils, de la région préauriculaire, et malo-maxillaire. — *Kératose pilaire érythémateuse* (voir ci-dessus).

f) *Télangiectasies avec séborrhée et poussées congestives faciales.*

a') *Télangiectasies du nez, des pommettes, avec tendance à la formation de papulo-pustules* sur ce fond. — *Acné rosée : Couperose.*

b') *Sur le fond précédent, développement considérable des tissus du nez* et parfois des pommettes ; ils bourgeonnent, et à leur niveau les orifices sébacés sont très dilatés, etc. (*Maladie s'observant surtout chez l'homme.*) — *Acné hypertrophique. Rhinophyma.*

c' *Sur fond télangiectasique et couperosique*, parfois d'emblée sur peau saine, *production de petites papulo-pustules miliaires*, disséminées çà et là, à évolution rapide, mais procédant par poussées incessantes successives. S'observe dans les deux sexes, *mais surtout chez la femme.* — *Éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face.*

IV. Adultes. (*Suite.*)

Comme éruptions assez fréquentes, citons en outre : les *syphilides tuberculo-squameuses circinées non ulcéreuses*, les *syphilides tuberculo-ulcéreuses serpigineuses*, le *psoriasis* (voir les tableaux de diagnostic général).

Comme éruptions rares dans nos climats, citons : la *lèpre*, et comme *eruptions peu fréquentes :* les *engelures du nez et des oreilles*, le *vitiligo*, la *psorospermose folliculaire végétante*, les *adénomes sébacés* (voir les tableaux de diagnostic général).

B. *Éruptions à évolution relativement rapide.*

a) *Rougeur intense avec tuméfaction œdémateuse des paupières, des joues, des oreilles, du front, avec parfois de toutes petites vésicules miliaires criblant les surfaces atteintes.* (Se voit surtout chez la femme, et après une application de teinture pour cheveux.) — *Éruption artificielle par contact direct d'un corps irritant.*

b) *Rougeur intense avec tuméfaction œdémateuse des paupières, plus rarement des joues, des lèvres, survenant par poussées*, chez des personnes qui ont à l'état normal un peu de rougeur et de desquamation des plis. — *Éruption dite eczéma érysipélatoïde récidivant.* (Poussées souvent d'origine artificielle sur séborrhéides).

Citons en outre : les *syphilides papuleuses et papulo-squameuses secondaires*, les *syphilides circinées ou élégantes de la face.* (Voir les tableaux de diagnostic général.)

V. Vieillards.

(Ut supra.)

En outre chez les vieillards, on observe fréquemment à la face :

a) *Des taches grisâtres ou gris noirâtre, assez bien limitées*, au niveau desquelles se trouve une squame croûtelleuse de consistance grasse. — *Plaques de séborrhée concrète. Acné sébacée concrète.*

b) *Des papules épidermiques avec hypertrophie papillaire*, à bords assez nets, arrondies ou ovalaires, parfois irrégulières par confluence de 2 ou de plusieurs éléments primitifs, faisant saillie au-dessus du niveau du derme, grisâtres ou noirâtres, ayant souvent à leur surface un enduit graisseux. — *Verrues séborrhéiques des vieillards.*

c) *Des saillies papillomateuses dont la base s'indure, puis qui s'ulcèrent en formant une plaie sanieuse, indurée, saignant au moindre contact*, recouverte de croûtes d'un brun noirâtre. — *Épithéliome.*

d) *Des plaques à bords irréguliers, mais circinés, saillants, au niveau desquels par la distension on décèle de petites saillies blanches perlées situées dans les tissus*, rangées linéairement en bordure, à centre tantôt cicatriciel, tantôt ulcéré suivant les points ; induration générale et tout à fait spéciale des tissus. — *Épithéliome superficiel aberrant, forme perlée.*

S'observent encore à la face chez les adultes et les vieillards des éruptions de *mycosis fongoïde*, et surtout des *tumeurs mamelonnées, frambœsioïdes, parfois ulcérées*, d'un volume variant de celui d'un pois à celui d'une petite orange, appartenant à cette affection. (Voir tableaux de diagnostic général.)

NEZ, NARINES ET SOUS-CLOISON

(*Éruptions particulières à la région*).

A) *A évolution plutôt rapide.*

a) *Papulo-pustules au niveau de l'appareil sébacéo-pilaire.*

a') Rougeur vive du bout du nez avec tuméfaction douloureuse de l'organe et point plus précis où les phénomènes morbides atteignent leur maximum. — *Acné et surtout furoncle.*

b') Pustules péri-pilaires siégeant dans le vestibule des narines, coïncidant avec des coryzas. — *Folliculites narinaires.*

c') *Id.* et folliculites autour des poils sous-narinaires de la lèvre supérieure ; à répétition ; avec parfois tuméfaction et infiltration des tissus dermiques. — *Impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure* (Impétigo de Bockhart).

A) *A évolution plutôt rapide.* (Suite.)	b) *Rougeur et desquamation fine.* — Rougeur dans le sillon narinaire avec une fine desquamation.	*Suites d'impétigo narinaire chez les enfants.* — *Pityriasis stéatoïde chez les adultes.*
	c) *Rougeur intense avec tuméfaction.* — Rougeurs d'une teinte fort vive avec tuméfaction luisante du nez et des parties voisines des joues survenant par poussées de temps en temps et durant quelques jours.	*Poussées d'érysipèle avorté récidivant.*
	d) *Rougeur un peu livide.* — Rougeur s'effaçant en grande partie par la pression, avec un peu de tuméfaction des tissus, prurit et cuisson, survenant pendant l'hiver.	*Engelures.*

S'observent aussi en ces régions des *éruptions artificielles suraiguës* avec rougeur intense, tuméfaction, souvent vésicules et suintement, consécutives à l'emploi du salol, de l'iodoforme, du sublimé, de l'orthoforme, etc.

B) *A évolution plutôt lente.*	a) *Rougeur assez diffuse s'effaçant par la pression, à teinte livide, exagérée par le froid.*	*Acro-asphyxie.*
	b) *Id. avec nodules teinte sucre d'orge persistant dans les tissus après compression des téguments.*	*Lupus pernio.*
	c) *Induration de la sous-cloison avec formation d'une sorte de tumeur de consistance cartilagineuse,* formant un bourrelet dur et saillant au niveau de l'origine de la lèvre supérieure. Propagation lente dans les fosses nasales.	*Rhinosclérome.*
	d) *Ulcérations profondes à pic, avec décollement des bords qui sont mollasses, rouges, un peu livides; fond sanieux; marche lentement et fatalement extensive*; pas de tuberculose, ni de syphilis (faire des inoculations au cobaye mâle et des cultures).	*Morve.*

S'observent en outre fréquemment au nez : *la séborrhée, l'acné vulgaire, la couperose, le rhinophyma* (voir ci-dessus), *le lupus vulgaire non exedens, le lupus vulgaire exedens* (il y prend souvent la *forme phagédénique ou vorax, ulcéreuse destructive*), *la syphilis* (*syphilides tertiaires ulcéreuses, superficielles* ou *profondes, destructives*).

Les *verrues séniles*, l'*acné sébacée concrète*, les *nævi verruqueux*, l'*épithéliome* superficiel (avec petites perles blanchâtres périphériques, à centre cicatriciel) ou profond, térébrant.

(Voir tableaux de diagnostic général.)

OREILLES

SILLON RÉTRO-AURICULAIRE.	L'éruption la plus commune du sillon rétro-auriculaire est constituée par de la rougeur étendue le long de ce sillon et débordant un peu sur la région mastoïdienne et sur le pavillon : elle peut être sèche, d'un rouge peu intense, recouverte de quelques squames sèches.	*Parakératose psoriasiforme.*
	Elle peut être d'un rouge vif, suintante au niveau même du pli, et cette inflammation et cette rougeur peuvent même gagner les régions voisines.	*Parakératose psoriasiforme eczématisée* (eczéma séborrhéique.)
	Elle se complique fort souvent de *Furoncle* du conduit auditif qui peut exister primitivement.	
PAVILLON. — *Conque et conduit auditif* (comme le sillon rétro-auriculaire.) En outre :	a) *Gros points noirs* que l'on peut extraire par la pression avec la clef de montre.	*Séborrhée et comédons.*
	b) *Petites plaques rouges, déprimées, cicatricielles*, à marche lente.	*Lupus érythémateux.*
PAVILLON. — *Bord externe du pavillon.*	a) *Rougeurs plus ou moins livides avec tuméfaction, survenant l'hiver*, disparaissant totalement l'été, quelquefois phlycténisées. Lésions symétriques.	*Engelures.*
	b) *Rougeurs d'un rouge vif, avec par places des squames fines, adhérentes, tendance à l'atrophie dermique avec*	*Lupus érythémateux.*

PAVILLON. (*Suite.*)	*Bord externe du pavillon.* (Suite.)	*formation de cicatrices*, le processus arrivant à déformer et à rougir le bord du pavillon. Lésions symétriques, s'aggravant d'ordinaire l'hiver. Marche lente.	
		c) *Petits nodules profonds, disséminés, plus rarement confluents, d'un rouge livide, s'ulcérant au centre*, et formant des plaies cratériformes, qui se cicatrisent avec lenteur en laissant des cicatrices indélébiles.	*Tuberculides papulo-nécrotiques.*
		d) *Nodules d'un rouge jaunâtre, sucre d'orge, agglomérés les uns à côté des autres*, infiltrant le derme dans toute son étendue, à marche lente, graduellement envahissante.	*Lupus tuberculeux.*
	Lobule.	a) Au lobule la même affection forme assez souvent une *sorte de tumeur mollasse qui double ou triple le volume du pavillon lequel est d'un rouge livide;* le point de départ est souvent le trou des boucles d'oreille.	*Lupus hypertrophique du pavillon.*
		b) *Induration quasi-cartilagineuse au niveau du trou des boucles d'oreille.*	*Chéloïde du lobule.*

BARBE

Les dermatoses qu'on y observe le plus fréquemment sont : des *Alopécies* (voir ci-dessus), du *Pityriasis simplex*, des *Séborrhéides*, de l'*Eczéma vrai* (comme au cuir chevelu).

En outre :

A) *Dermatoses à évolution fort lente.*		a) *Petites dépressions cicatricielles, punctiformes, confluentes par places de manière à former de petites traînées serpigineuses cicatricielles, glabres*, avec télangiectasies périphériques ; localisation d'élection ; branche montante du maxillaire inférieur.	*Kératose pilaire.*
B) *Dermatoses à évolution subaiguë ou rapide.*	a) *Petites pustules péri-pilaires (folliculites).*	α) Çà et là disséminées sans ordre, rougeur du derme, infiltration assez modérée des téguments : souvent séborrhéides ou eczéma concomitant. Localisations d'élection : menton, parties latérales des joues.	*Impétigo de Bockhart* ou *Folliculites simples* ou *Sycosis staphylococcique.*
		β) Folliculites en placards circonscrits, situés sur les parties latérales des joues ou du menton, rarement aux parties latérales de la lèvre supérieure ; évolution lente, excentrique ; bordure formée par des folliculites nombreuses quasi confluentes avec croûtes, infiltration profonde des téguments ; le centre du placard est déprimé, cicatriciel, glabre.	*Sycosis lupoïde (Ulérythème sycosiforme).*
		γ) Folliculites formant des foyers d'ordinaire multiples plus ou moins considérables, avec une infiltration nodulaire très profonde du derme, coïncidant souvent avec des plaques pityriasiques, et des poils cassés. Lieux d'élection : les parties latérales du menton, les régions sus et sous-hyoïdiennes.	*Trichophytie de la barbe. (Sycosis trichophytique).*
	b) *Affection particulière du poil qui devient gros, épais, noueux, d'un noir tout spécial, et qui n'adhère plus* : il constitue une sorte de bâton irrégulier fiché dans la peau. On y observe aussi la *trichorrhexie noueuse* et la *trichoptilose.*		*Hyperplasie pilaire spéciale innominée.*

LÈVRES

A) *Affections qui n'évoluent qu'avec lenteur.*	a) *Taches rouges s'effaçant en partie par la compression,* d'origine congénitale, sans sensibilité ni inflammation.	*Nævi vasculaires* (voir plus haut).
	b) *Petits points jaunâtres disposés en séries linéaires le long du bord de la lèvre supérieure, ne faisant pas de saillie notable,* semblant être enchâssés dans les tissus de la lèvre. (Sorte de difformité.)	*Maladie de Fordyce.*
	c) *Lèvres un peu tuméfiées, rouges, comme brillantes et vernissées, l'épiderme s'épaissit, se fendille : il se forme des croûtes jaunâtres ou noirâtres* plus ou moins épaisses, qui se détachent par leur partie située du côté de la muqueuse, restent adhérentes par leur autre bord ; tendance aux rhagades, aux fissures ; hémorragies et douleurs parfois.	*Desquamation persistante des lèvres ; autrefois appelée séborrhée des lèvres.*
	d) *Plaques circonscrites, d'un rouge un peu grisâtre, avec épaississement des tissus ; parfois desquamation adhérente et tendance à l'atrophie cicatricielle du derme.*	*Lupus érythémateux.*
	e) *Plaques d'un rouge un peu pâle et parfois grisâtres avec des stries blanches, irrégulières, portant des renflements sur leur trajet.*	*Lichen plan.*
B) *Affections ayant une évolution rapide.*	a) *Rougeur opaline située vers les commissures, avec bord plus rouge assez nettement limité,* assez souvent début de fissures. Contagiosité. Fréquence chez les enfants allant à l'école.	*Perlèche.*
	b) *Rougeur avec fissures et opalinité vers le pli commissuraire :* autres accidents syphilitiques ailleurs.	*Plaques muqueuses syphilitiques commissuraires.*
	c) *Rougeur vive, tuméfaction, sensibilité et prurit, desquamation, parfois suintement.* Empiètement progressif sur les parties voisines sous *forme de plaques rouges infiltrées assez bien limitées, squameuses ou suintantes ;* affection souvent récidivante, se développant sous l'action d'un dentifrice ou d'un aliment irritant, etc...	*Parakératose psoriasiforme eczématisée.* (Eczéma séborrhéique.)
	d) *Rougeur vive, tuméfaction, sensibilité et prurit, suintement,* empiètement sur les parties cutanées voisines *sur lesquelles il y a des vésicules eczématiques vraies ; fissures radiées* convergeant vers les commissures et les bords des lèvres.	*Eczéma orbiculaire des lèvres. Eczéma fissuraire.*
	e) *Plaques érythémateuses, d'ordinaire multiples, avec phlycténisation centrale,* et *formation sur chaque plaque d'une bulle* qui s'ouvre et laisse après elle des ulcérations douloureuses. (Similitude avec les syphilides érosives, coïncidence d'ordinaire avec des éruptions d'hydroa ou d'érythème polymorphe vésiculo-bulleux aux mains, poignets, coudes, genoux, etc...)	*Hydroa. Érythème polymorphe vésiculo-bulleux.*
	f) *Plaque érythémateuse, d'ordinaire circonscrite, sur laquelle se forment des groupes de vésicules du volume d'une grosse tête d'épingle,* serrées les unes à côté des autres.	*Herpès vulgaire.*
	g) *Ulcération superficielle, presque toujours arrondie ou ovalaire,* souvent à moitié sur la partie libre, à moitié sur la partie interne de la lèvre, *reposant sur une base nettement indurée,* avec *adénopathie directe indolente volumineuse.*	*Chancre syphilitique.*
	h) *Plaques papuleuses assez bien limitées, rouges, avec érosion centrale,* siégeant surtout vers les commissures, mais aussi vers le bord libre et la face interne des lèvres, presque indolentes, coïncidant avec d'autres manifestations syphilitiques (voir plus haut.)	*Syphilides érosives. Plaques muqueuses.*

S'observent également aux lèvres les *syphilides tertiaires tuberculo-ulcéreuses et gommeuses,* le *syphilome tertiaire en nappe,* le *lupus vulgaire,* les *ulcérations tuberculeuses,* l'*épithéliome,* les éruptions des *dermatites polymorphes douloureuses,* celles du *Pemphigus végétant,* etc... (voir les tableaux de diagnostic général.)

BOUCHE

I. Muqueuse buccale en général.	A) *Lésions non érosives.*	a) *A évolution rapide.*	α) *Muqueuse rouge, lisse, en desquamation.*	α') Peu de sensibilité.	*Scarlatine. Fièvres éruptives. Intoxications.*
				β') Avec une certaine sensibilité.	(États gastriques).
			β) *Muqueuse rouge, desquamée, turgescente, fort sensible, papilles en érection.*		*Poussées congestives des arthritiques voisines de l'eczéma.*
			γ) *Muqueuse rouge, lisse, desquamée, avec fines vésicules punctiformes à sa surface.*		*Eczéma.*
			δ) *Muqueuse rouge, avec points blanchâtres,* qui parfois arrivent à former un enduit blanchâtre, *facile à enlever,* et *qui au microscope se trouve constitué par l'oïdium albicans.*		*Muguet.*
		b) *A évolution lente.*	α) *Muqueuse un peu sensible, comme opaline, et en certain état de turgescence.*		*État se reliant assez fréquemment à la desquamation persistante des lèvres.*
			β) *Plaques blanches opalines.*	α') Formant des plaques d'un blanc nacré uniforme. Sièges d'élection : les commissures, la face dorsale de la langue, surtout vers les bords.	*Leucoplasie vraie, d'ordinaire tabagique.*
				β') Les plaques précédentes reposent sur un fond de muqueuse d'un rouge sombre, infiltré, bosselé, induré, mais ne donnant pas de sensation d'induration trop ligneuse.	*Leucoplasie sur fond d'infiltrat syphilitique tertiaire.*
				γ') Les plaques précédentes reposent sur une base d'induration circonscrite ligneuse, il y a de la tendance à la papillomatose.	*Leucoplasie tendant à la transformation épithéliomateuse.*
				δ') Les plaques blanches sont disposées en stries avec renflement nodulaire, irrégulièrement semées çà et là. Siège d'élection : face interne des joues vers le sillon gingival ; indolence absolue.	*Lichen plan buccal.*
			γ) *Infiltration et épaississement de la muqueuse qui est rouge livide, violacée, mamelonnée;* lésions disposées par places *circonscrites,* et surtout à la lèvre inférieure ; *pas de douleur,* simple sensation de gêne.		*Syphilome tertiaire en nappe. (Sclérose syphilitique.)*
			δ) *Nodules bosselés, d'une grosseur qui varie de celle d'un pois à celle d'une noisette, infiltrant d'ordinaire la face dorsale de la langue; indolence.*	α') Évolution assez rapide.	*Gommes syphilitiques crues.*
				β') Évolution très lente.	*Gommes tuberculeuses.*
	B) *Lésions érosives et ulcéreuses.*	a) *A évolution rapide.*	α) Ulcérations arrondies ou ovalaires, bien limitées, assez profondes, à fond grisâtre, entourées d'un liséré rosé, non indurées, douloureuses, disséminées sans aucune systématisation.		*Aphthes.*
			β) Ulcérations superficielles, de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, groupées, confluentes par endroits, et formant des ulcérations polycycliques, douloureuses, non indurées.		*Herpès.*
			γ) Ulcérations irrégulières, anfractueuses, sanieuses, fétides, à bords d'un rouge vif, décollés, siégeant sur les amygdales, sur les gencives, vers le collet des dents, surtout vers la dent de sagesse, avec symptômes de stomatite généralisée, rougeur et sensibilité de la muqueuse, salivation.		*Stomatite de Vincent. Stomatite ulcéro-membraneuse.*
			δ) Rougeur intense et tuméfaction des gencives, avec ulcérations sanieuses vers le collet des dents, surtout vers les dents de sagesse, et vers les dents cariées, salivation fort intense, odeur sui generis de l'haleine.		*Stomatite mercurielle.*
			ε) Plaques arrondies ou ovalaires, plus rarement irrégulières, assez bien limitées, érosives, rarement ulcé-		*Syphilides érosives secondaires.*

I. Muqueuse buccale en général. (*Suite.*)

B) *Lésions érosives et ulcéreuses.* (Suite.)

a) *A évolution rapide.* (Suite.)

reuses, presque toujours grisâtres ou blanchâtres, plus rarement d'un rouge vif. Sièges d'élection : les amygdales, les piliers du voile, la luette, la face interne des joues, la face interne des lèvres, les parties latérales et la face dorsale de la langue. (Rechercher les autres symptômes de la syphilis.)

η) Lésions analogues d'aspect aux précédentes, mais nettement formées par le soulèvement de l'épiderme par de la sérosité. (*En somme phlyctènes de la muqueuse buccale.*)

- α') Assez peu étendues et très multiples ; chacune d'elles a un volume qui varie de celui d'un pois à celui d'une pièce de 50 centimes, mais elles sont très multiples, douloureuses ; la salivation est intense.
  - α'') Rapides d'évolution ; pas de récidives. — *Hydroa.*
  - β'') Poussées incessantes ; durée fort longue. — *Pemphigus des muqueuses, dermatite polymorphe douloureuse.*
- β') Les éléments sont peu nombreux, très volumineux et guérissent rapidement. — *Éruption artificielle probable. Antipyrinides.*

θ) Ulcération arrondie ou ovalaire, à bords nettement arrêtés, peu profonde, taillée en dédolant, reposant sur une base nettement indurée ; adénopathies indolentes directes. — *Chancre induré.*

b) *A évolution lente.*

α) Ulcérations profondes à pic, à fond un peu irrégulier, jaune grisâtre, reposant sur un noyau induré, rarement tout à fait isolé, souvent au nombre de deux ou trois, ou coïncidant avec de la sclérose syphilitique (voir plus haut) ; pas de douleur, ni d'adénopathie. Sièges : lèvres, face dorsale de la langue, voûte palatine. — *Gomme syphilitique ouverte.*

β) Ulcération anfractueuse, irrégulière, déchiquetée, à bords renversés et très fortement indurés (dureté ligneuse), sanieuse, saignant au moindre contact, douloureuse parfois (élancements vers l'oreille), adénopathies dans les stades terminaux ; coïncidence fréquente avec de la leucoplasie. Siège vers la commissure des lèvres, à la lèvre inférieure, aux bords de la langue. (*Pratiquer la biopsie dans les cas douteux.*) — *Épithéliome.*

γ) Ulcérations assez peu profondes, quoique à pic, multiples, microcycliques, souvent douloureuses, à fond jaune grisâtre, non indurées ; grains jaunes à la périphérie ; pas d'adénopathies. Sièges, face dorsale et bords de la langue, voile du palais et piliers du voile. — *Tuberculose.*

δ) Ulcérations profondes, à fond sanieux, irrégulier, parois peu indurées, tendance fort lente à la cicatrisation (suspecter la bacillose et la rechercher.) — *Gommes tuberculeuses ouvertes.*

ε) Surface irrégulière, granuleuse, mamelonnée, semblant être à vif, mais non ulcéreuse, presque framboesioïde, indolente, assez bien limitée ; sans induration, sans adénopathies, à marche d'une extrême lenteur. Sièges : gencives, voile du palais. — *Lupus vulgaire.*

Se voient également sur la muqueuse buccale, quoique beaucoup plus rarement : le *Lupus érythémateux*, l'*acanthosis nigricans*, des *plaques pigmentées* dans la maladie d'Addison, la maladie des vagabonds, etc.

LANGUE

(*Consulter d'abord tout ce que nous avons dit pour la muqueuse buccale en général.*)

A) *Lésions à évolution rapide.*

a) *Non ulcéreuses.* — Plaques desquamées à bords assez nettement arrêtés, arrondies ou ovalaires, pas de liséré blanchâtre saillant périphérique. — *Plaques syphilitiques secondaires en prairie fauchée.*

b) *Ulcéreuses.* — Ulcération irrégulière, anfractueuse, douloureuse, parfois indurée (mais l'induration n'est point cartilagineuse, elle est inflammatoire) en relation directe avec une saillie dentaire quelconque (chicot). — *Ulcération traumatique.*

On y observe en outre des *aphthes*, de l'*herpès*, le *chancre syphilitique*, les *syphilides secondaires érosives* (plaques muqueuses). (Voir Bouche.)

B) *Lésions à évolution lente.*

a) *Non ulcéreuses.*

a') *Non douloureuses.*

α) Langue fissurée, lobulée, à papilles saillantes, disposition congénitale. — *Langue scrotale ou montagneuse.*

β) Langue portant vers toute sa partie médiane en avant du V lingual, des productions épithéliales très longues engainant les papilles filiformes, très serrées les unes à côté des autres (aspect d'un champ de blé couché). Coloration d'ordinaire noirâtre, beaucoup plus rarement blanche : pas d'inflammation, pas de modification du derme muqueux. — *Langue noire ou villeuse.*

γ) Langue parcourue par des circinations composées d'un relief blanchâtre de 1 à 2 millimètres de large (la partie convexe étant dans le sens de l'extension) ; dans la concavité, la muqueuse est rose, lisse, comme desquamée. Évolution rapide de l'élément, mais production incessante pendant fort longtemps de ces éléments ; pas d'inflammation. — *Desquamation aberrante en aires de la langue* (glossite exfoliative marginée.)

δ) Taches blanches çà et là disséminées, sans aucune inflammation appréciable ; elles offrent l'aspect d'une cautérisation superficielle au nitrate d'argent, ou d'un pain à cacheter blanc. — *Lichen plan lingual au début.*

ε) Langue indurée, épaissie, comme lardacée, fissurée, mamelonnée et lobulée, d'un rouge foncé un peu vineux ; sièges : surtout les bords et la face dorsale vers la pointe : sensation de gêne. — *Syphilome en nappe de la langue.*

On y observe en outre la *leucoplasie*, les *gommes syphilitiques crues*, les *gommes tuberculeuses* (voir Bouche).

b') *Douloureuses.*

α) Aucune lésion visible, douleurs névralgiques intenses, siégeant d'ordinaire vers la base de la langue, ou vers le bord de l'organe, en avant du pilier antérieur, vers une papille un peu volumineuse. — *Glossodynie.*

β) Langue rouge, quelquefois un peu tuméfiée, desquamée, comme vernissée, sujette à des poussées fluxionnaires. — *Glossite dite des arthritiques nerveux.*

b) *Ulcéreuses* — On y observe dans cette catégorie les *gommes syphilitiques ulcérées*, les *gommes tuberculeuses ulcérées*, les *ulcérations tuberculeuses vraies*, l'*épithéliome* (voir Bouche).

COU

A) *Éruptions à évolution aiguë.*

a) *Prurit intense, rougeur, impétiginisation*, croûtes jaunâtres ; il y a des lentes dans les cheveux. — *Phthiriase.*

b) Rougeur circonscrite, douloureuse avec suppuration centrale plus ou moins volumineuse.

a') Éléments multiples. — *Acné furonculeuse de la nuque.*

b') Un seul élément, ou quelques éléments. — *Furoncle. Anthrax.*

B) *Éruptions à évolution chronique.*

Nodules indurés, parfois même volumineuses plaques indurées, irrégulières, rosées ou blanchâtres, kéloïdiennes ; avec çà et là des éléments qui ressemblent à de l'acné en activité. — *Acné kéloïdienne de la nuque.*

Le cou est en outre un siège de prédilection des affections suivantes :

Pityriasis rosé de Gibert ; Érythème polymorphe ; Syphilis pigmentaire ; molluscum pendulum ; Acanthosis nigricans (voir tableaux de diagnostic général.)

THORAX

Cette région est le *siège de prédilection* des affections suivantes :

Dermatose figurée médio-thoracique (ou eczéma séborrhéique circiné, eczéma flanel-

laire, séborrhéïde eczématisante, séborrhéïde circinée, pityriasis stéatoïde, etc.). *Séborrhée ; Acné polymorphe ; Kéloïde prépectorale ; Pityriasis versicolor ; Verrues planes séborrhéïques ; Pityriasis rosé de Gibert ; Zona* (voir tableaux de diagnostic général).

SEIN

Plaque d'un rouge vif, ressemblant au premier abord à de l'eczéma à bords nettement arrêtés, comme linéaires, un peu saillants, avec une légère induration parcheminée sous-jacente ; évolution des plus lentes.	*Maladie de Paget du mamelon.*

On observe en outre avec fréquence *au mamelon* de l'*eczéma ordinaire orbiculaire* (femmes enceintes ou femmes ayant eu la gale), des *fissures*, les *lésions de la gale*, le *chancre induré* et *sur les seins eux-mêmes* les *vergetures* (voir tableaux de diagnostic général).

OMBILIC

Les dermatoses habituelles de cette région sont : l'*intertrigo*, les *parakératoses psoriasiformes eczématisées*, le *psoriasis*, les *papules érosives syphilitiques secondaires* (voir tableaux de diagnostic général.)

FESSES

Enfants en bas âge.	*Petits éléments pseudo-papuleux consécutifs à des soulèvements vésiculeux* ou vésiculo-bulleux ou à des excoriations, faisant une légère saillie, assez nettement limités, d'un rouge assez vif, le plus souvent nombreux, *siégeant sur les parties saillantes des fesses et des cuisses.*	*Syphiloïdes post-érosives de Sevestre et Jacquet.* (Érythème papuleux fessier post-érosif.)

Les autres éruptions communes des fesses sont : la *furonculose des cavaliers*, les *lésions de la gale*, le *lichen simplex chronique*, l'*herpès récidivant* (surtout chez la femme). (Voir tableaux de diagnostic général.)

PUBIS

Les dermatoses les plus habituelles de cette région sont :

La *phthiriase* (phthirius pubis ou morpion), les *éruptions de la gale* ; les *folliculites péri-pilaires*, les *parakératoses psoriasiformes* sèches ou eczématisées, le *psoriasis*, les *prurits avec lichénifications* (voir tableaux de diagnostic général).

GRANDS PLIS ARTICULAIRES ET EN PARTICULIER AINES, AISSELLES, ET PLIS INTERFESSIERS

A) *Dermatoses non inflammatoires.*	a) *Plaques couleur café au lait assez foncé, ou rouge bistre sans aspect inflammatoire, desquamant* par le grattage, à bords assez nettement limités, presque toujours arrondies ou ovalaires. Sièges d'élection : la face interne de la cuisse, le creux axillaire.	*Érythrasma.*
	b) *Petites stries plissées à direction parallèle dans le sens postéro-antérieur avec teinte légèrement bistre,* situées dans la fossette génito-crurale de la femme.	*Lésions intertrigineuses à l'état torpide.* (Stigmates blennorrhagiques.)
	c) *Sortes de nodosités irrégulières jaunâtres ou rougeâtres accolées le long des poils surtout aux aisselles.*	*Trichomycose noueuse ou Lepothrix.*

On y observe en outre communément du *molluscum contagiosum*, et rarement de l'*Acanthosis nigricans*, de la *Psorospermose folliculaire végétante* (voir tableaux de diagnostic général).

B) *Dermatoses inflammatoires.*	*a*) Plaque d'un rouge plus ou moins vif, nettement circinée, à périphérie en grande activité, assez rapidement extensive, occupant les plis et s'étendant sur les régions voisines : cuisse, scrotum, grande lèvre, etc.	*Formes aiguës de l'Érythrasma.*

B) *Dermatoses inflammatoires.* (Suite.)	*b*) Plaques rouges avec sillons plissés comme en A*b* (voir ci-dessus).	*Formes aiguës des stigmates blennorragiques chez la femme.*
	c) Plaques d'un rouge vif, à bords assez nettement arrêtés, souvent comme festonnés avec fine desquamation, présentant parfois du suintement, des fissures au fond du pli cutané, siégeant au niveau des points où la peau est en contact direct avec la peau.	*Formes de l'intertrigo décrites par Sabouraud comme étant de la streptococcie cutanée.*
	d) Plaques d'un rouge plus ou moins vif, parfois suintantes, allongées dans le sens des plis, avec un peu d'infiltration des téguments.	*Parakératoses psoriasiformes eczématisées ou non, lichénifiées ou non.*

On y observe en outre communément de l'*Eczéma vésiculeux ordinaire*, du *psoriasis*, de la *trichophytie*, (voir tableaux de diagnostic général).

ORGANES GÉNITAUX. — HOMME

A) *Lésions non ulcéreuses.*	a) *Rougeurs* plus ou moins vives du sillon glando-préputial, empiétant plus ou moins sur le gland et le prépuce.	*Balanites* (voir ce mot aux tableaux d'ensemble.)
	b) *Rougeurs avec prurit, vésiculation, suintement*, etc...	*Éruptions artificielles. Eczéma vésiculeux.*
	c) *Rougeurs uniformes assez foncées*, en plaques à bords assez nets, avec une très légère infiltration du derme, avec ou sans suintement et prurit, *siégeant surtout dans le sillon glando-préputial et sur le gland.*	*Parakératoses psoriasiformes eczématisées ou non.*
	d) *Id., sans prurit*, et moins systématisées dans le sillon, *formant des plaques arrondies ou ovalaires distinctes*, sur le gland.	*Psoriasis.*
	e) *Petits éléments d'un rouge pâle, nettement limités, du volume d'une grosse tête d'épingle, aplatis, brillant aux incidences de lumière*, isolés ou groupés en plaques plus larges avec stries blanches à leur surface, ou disposés en cercles ou en ovales presque parfaits à centre un peu brunâtre, à périphérie formée par des papules linéairement rangées les unes à côté des autres en collier de perle.	*Lichen plan.*
	f) *Papules d'un rouge un peu bistre, arrondies, nettement limitées, néoplasiques*, donnant au toucher une sensation d'infiltration, souvent érosives et suintantes.	*Syphilides papuleuses secondaires.*
	g) *Saillies filiformes, en choux-fleurs, pédiculées ou sessiles*, le plus souvent multiples, siégeant surtout dans le sillon glando-préputial.	*Végétations.*
	h) *Poussées érythémateuses ou bien érysipélatoïdes avec tuméfaction œdémateuse et un peu dure des téguments*, tuméfaction qui persiste dans l'intervalle des poussées érysipélatoïdes, et qui s'accroît à chaque poussée, de manière à constituer des *sortes d'énormes tumeurs plus ou moins mollasses ou résistantes au toucher.*	*Éléphantiasis.*

On y observe aussi des lésions de *gale* qui sur le scrotum prennent l'aspect de papules syphilitiques, du *molluscum contagiosum*, des *syphilides tuberculo-squameuses*, de la *leucoplasie*, etc... (Voir tableaux de diagnostic général.)

B) *Lésions ulcéreuses.*	a) Rougeur du gland et du prépuce *avec érosions uniques ou multiples qui s'étendent peu à peu excentriquement, se réunissent et forment des lésions circinées circonscrites, à bords nettement arrêtés, avec liséré blanc légèrement saillant;* évolution rapide.	*Balano-posthite érosive circinée.*
	b) *Ulcérations petites, minuscules, de la grosseur moyenne d'une grosse tête d'épingle*, à fond rosé ou grisâtre, sans induration ; *isolées ou plus souvent groupées*, et *formant alors des ulcérations à contours microcycliques et polycycliques* ; par l'expression on fait sourdre de ces ulcérations une gouttelette de sérosité (signe de l'expression du suc) ; pas d'adénopathie.	*Herpès.*

B) *Lésions ulcéreuses.* (Suite.)	c) *Ulcération de grandeur variable* (de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes et plus), *assez irrégulière, profonde, à bords rouges, taillés à pic, à fond sanieux, anfractueux, recouvert de pus mal lié, à extension périphérique assez rapide ; pas d'induration sous-jacente. Pas d'adénopathies*, ou bien un ganglion direct inflammatoire douloureux qui peut suppurer et s'ouvrir. Les lésions sont souvent multiples. *Elles sont inoculables et auto-inoculables.*	*Chancre simple.*
	d) *Ulcération de grandeur variable* (*de celle d'une grosse lentille à celle d'une pièce de 50 centimes et plus*), *régulière de forme, arrondie ou ovalaire, à bords nettement arrêtés, peu profonde, comme taillée en dédolant, à fond rouge ou grisâtre, peu suintant* (pas de signe de l'expression du suc) ; *reposant sur une base nettement indurée* ; induration variant de la sensation donnée par une feuille de parchemin à celle d'un noyau de cartilage ; indolente ; *adénopathies multiples indolentes.*	*Chancre syphilitique.*
	e) *Ulcération assez profonde, un peu anfractueuse, quelquefois analogue à la précédente, reposant sur un énorme noyau d'infiltration et d'induration ; pas d'adénopathie.*	*Syphilome chancriforme. Chancre redux.*

On y observe en outre communément des *syphilides tuberculo-ulcéreuses serpigineuses*, des *gommes syphilitiques* qui peuvent cribler le gland, des *ulcérations tuberculeuses* du méat et du gland, des *épithéliomes*, des *gangrènes foudroyantes des organes génitaux* (voir tableaux de diagnostic général).

Au SCROTUM on observe souvent un *prurit localisé* des plus intenses, des *télangiectasies nodulaires minuscules* simulant l'angiokératome, des *kystes sébacés*. (Voir tableaux de diagnostic général).

ORGANES GÉNITAUX. — FEMME

Les lésions plus spéciales aux organes génitaux de la femme sont :

Le *prurit vulvaire — pur, essentiel, sans lésions concomitantes*, — ou *avec Érythème*, — ou avec *Eczéma vésiculeux vrai*, — ou avec *Parakératoses psoriasiformes eczématisées*. — le tout se *lichénifiant* alors avec rapidité, et symptomatique : soit de diabète (*diabétides génitales*), soit d'écoulement vulvo-vaginal ou utérin (*stigmates blennorragiques*).

Les *vulvites*. Rougeur intense des petites et des grandes lèvres, avec suintement, cuisson et prurit (voir le mot *vulvites*).

Les *Syphilides papulo-hypertrophiques* (*Plaques muqueuses végétantes*), caractérisées par des papules énormes, très saillantes, à base rouge, à sommet aplati blanchâtre ou blanc grisâtre, avec piqueté blanc et piqueté rouge, suintantes, isolées ou confluentes de façon à former des nappes plus ou moins étendues, dégageant une odeur fétide, occupant surtout la face interne des grandes lèvres, le sillon périnéal, le pourtour de l'anus.

Les *Syphilides érosives*, caractérisées par des papules rouges ou rosées, arrondies ou ovalaires, plates, exulcérées au centre qui est souvent grisâtre.

On y observe en outre l'*Éléphantiasis* avec ou sans varices lymphatiques ; — l'état spécial d'hypertrophie des grandes et des petites lèvres avec ulcérations auquel on a donné le nom d'*Esthiomène* (voir ce mot).

ANUS

A) *Lésions non ulcéreuses.*	a) *Non prurigineuses.*	a') Sortes de tumeurs arrondies, violacées, s'accompagnant souvent de gêne de la défécation, parfois d'hémorragies.	*Hémorrhoïdes.*
		b') *Non douloureuses, papuleuses et papulo-érosives.* — Papules arrondies plus ou moins saillantes et volumineuses, souvent confluentes de façon à former des sortes de nappes, souvent suintantes (voir organes génitaux), ou exulcérées au centre.	*Syphilides papuleuses. Syphilides papulo-érosives. Syphilides papulo-hypertrophiques.*
		c') *Douloureuses, érythémateuses.* — Rougeur très vive avec tuméfaction de la région, quelquefois même papillomatose et excoriations, pus épais, jaune verdâtre. (Rechercher le gonocoque.)	*Rectite blennorragique.*

A) *Lésions non ulcéreuses.* (Suite.)	a) *Non prurigineuses.* (Suite)	d') *Rougeur simple avec cuisson et parfois prurit.*		*Érythème intertrigineux suite de diarrhées, d'entérites, etc.*
	b) *Prurigineuses.*	a') *Sans lésions visibles.*	α) Rien de perceptible à l'examen.	*Prurit dit essentiel des nerveux, des intoxiqués, des hémorrhoïdaires, etc.*
			β) On trouve de petits vers blancs en déplissant l'anus.	*Oxyures.*
		b') *Avec lésions cutanées visibles.*	α) Épaississement des plis radiés et lichénification.	*Prurit avec lichénification.*
			β) Rougeur vive avec vésicules, suintement, etc.	*Eczéma vésiculeux vrai.*
			γ) Rougeur vive s'étendant en arrière dans le pli interfessier, en avant vers le périné : bords assez nettement arrêtés, derme un peu infiltré, souvent vésiculation surajoutée dans le fond des plis et suintement.	*Parakératose psoriasiforme eczématisée. Eczéma séborrhéique.*

On y observe également des *végétations*, des *condylomes*, du *lupus vulgaire non ulcéreux*, de la *tuberculose verruqueuse* (voir tableaux de diagnostic général).

B) *Lésions ulcéreuses.*	a) *Douleur intense après la défécation*, un peu de suintement ; *au fond d'un pli radié érosion linéaire longitudinale un peu suintante.*	*Fissure anale.*
	b) *Ulcération* située dans les plis radiés, pliée en deux feuillets de livre, mais, quand on étale la région, *peu profonde, assez régulière de forme, indurée, avec adénopathies*, etc.	*Chancre induré.* (Voir plus haut.)
	c) *Ulcérations taillées à pic, à fond sanieux, très suintantes, non indurées*, souvent multiples, à évolution rapide, siégeant au pourtour de l'anus, *pas d'adénopathies*, etc.	*Chancre simple.* (Voir plus haut.)
	d) *Ulcération assez profonde, à marche fort lente, assez irrégulière, à bords polycycliques et comme serpigineux; taillée à pic, fond sanieux et irrégulier; parfois douloureuse.*	*Ulcération tuberculeuse vraie.*

MEMBRES

Nous n'avons rien de bien spécial à signaler; on doit se reporter aux tableaux de diagnostic général.

A la PARTIE POSTÉRIEURE DES BRAS s'observe surtout la *kératose pilaire* (petites papules rouges ou blanches sèches, un peu squameuses, circumpilaires.)

AUX PLIS DU COUDE ET DU JARRET s'observent souvent des placards d'*eczéma lichénifié* qui sont parfois des symptômes de *Prurigo de Hebra*, souvent aussi des *parakératoses psoriasiformes lichénifiées.*

LES SURFACES D'EXTENSION DU GENOU ET DES COUDES sont les lieux d'élection :

Du *psoriasis vulgaire* (squames blanches stratifiées devenant plus blanches par le grattage, puis laissant, si on persiste à gratter, au-dessous d'elles une surface rouge, lisse, luisante, parsemée d'un petit piqueté hémorragique.

Du *pityriasis rubra pilaire* (plaques d'un rouge moins vif que les éléments de psoriasis, recouvertes de squames un peu moins nacrées, avec tout autour quelques papules sèches, squameuses, circumpilaires).

Du *xanthome* (sortes de papules ou mieux de tumeurs cutanées d'un jaune d'ocre).

A L'AVANT-BRAS s'observent souvent des *dermites artificielles professionnelles* caractérisées par des éruptions érythémateuses, vésiculeuses, eczémateuses, prurigineuses, lichénifiées, avec parfois des *pyodermites variées*, ecthymas, furoncles, folliculites.

L'AVANT-BRAS est en outre un siège d'élection des *lymphangites*, du *lichen simple chronique* (poignet), du *lichen plan* (poignet), de l'*érythème polymorphe*, de la *dermatite polymorphe douloureuse*, de la *gale*, des *tuberculides papulo-nécrotiques* (voir tableaux de diagnostic général).

LA FACE INTERNE DE LA CUISSE est le lieu d'élection de l'*érythrasma*, de l'*intertrigo*, du *prurit circonscrit avec lichénification*, des *parakératoses psoriasiformes eczématisées*, de l'*eczéma vésiculeux vrai.*

A LA JAMBE s'observent surtout les *œdèmes variqueux*, le *purpura* et ses reliquats sous forme de *taches d'un jaune d'ocre*, les *ulcères de jambe d'origine variqueuse*, l'*élé-*

phantiasis, le *prurit circonscrit avec lichénification*, l'*eczéma vésiculeux suintant* sur fond variqueux (arrivant à constituer de vastes surfaces d'un rouge vif, purpuriques, suintantes, croûteuses, et lamelleuses), le *lichen corné hypertrophique*, l'*ecthyma*, les *furoncles*, l'*érythème induré de Bazin*, les *tuberculides papulo-nécrotiques et ulcéreuses profondes* (voir tableaux de diagnostic général.)

MAINS

Toutes les dermatoses, à de très rares exceptions près, peuvent s'observer aux mains. Pour une éruption siégeant aux mains, il faut donc se reporter aux tableaux de diagnostic général.

Parmi les éruptions spéciales à cette région citons :

A) *Éruptions à marche chronique ou lente, non prurigineuses:*	a) *Rougeur un peu bistre, comme purpurique par places, avec amincissement des téguments* qui conservent longtemps le pli quand on les saisit entre le pouce et l'index, desquamation lamelleuse parfois. Siège sur la face dorsale de la main.	*Érythème pellagroïde. Pellagre.*
	b) *Teinte bleuâtre livide des téguments, ne reparaissant que lentement quand on la fait disparaître par la pression ;* maximum vers le bout des doigts.	*Acro-asphyxie.*
	c) *Id., et en outre crises de douleur avec phénomènes de doigt mort, cyanose, ou syncope locale* (doigt blanc et froid), ou *gangrène symétrique vers les extrémités des doigts.*	*Asphyxie locale des extrémités. (Maladie de M. Raynaud.)*
	d) *Amincissement et atrophie scléreuse de la peau qui est collée aux os sous-jacents*, lesquels peuvent eux-mêmes se résorber progressivement. Lésions symétriques.	*Sclérodactylie.*
	e) *Petites dilatations vasculaires punctiformes d'un rouge vif, isolées ou groupées*, siégeant surtout sur les doigts, *ne disparaissant pas complètement par la pression, se surmontant peu à peu de saillies cornées, pseudo-verruqueuses, se développant chez des sujets qui ont eu des engelures.*	*Angiokératome.*
	f) *Petites saillies cornées circumpilaires, rouges avec centre squameux, ou simplement caractérisées par un point noir circumpilaire, situées sur la face dorsale des premières et parfois des deuxièmes phalanges.*	*Pityriasis rubra pilaire.*
	g) *Saillies nettement limitées, variant comme grandeur de celle d'une tête d'épingle, à celle d'une pièce de 20 centimes en argent ; superficielles, engainées de substance cornée.*	*Verrues vulgaires.*
	h) *Saillies papillomateuses à base rouge et enflammée, renfermant parfois de petits abcès miliaires* que l'on vide par expression : de grandeur très variable, (d'un pois à une pièce de 1 franc en argent et plus), *à tendance extensive ;* siégeant à la face dorsale des doigts ou de la main, parfois à la face palmaire de la dernière phalange de l'index. (*Tubercule des opérateurs et des anatomistes.*)	*Tubercule anatomique. Tuberculose verruqueuse. Lupus scléreux papillomateux.*
	i) *Petite tumeur arrondie, du volume d'un pois ou d'une toute petite cerise rouge, mamelonnée, pédiculée.*	*Botryomycose.*
	j) *Sorte d'atrophie blanchâtre et cicatricielle du derme, avec petites télangiectasies, effrittement des ongles, parfois petites productions verruqueuses cornées sur les téguments ainsi atteints, et tendance à l'épithéliomatose.*	*Lésions artificielles des radiothérapeutes. Xeroderma pigmentosum.* (Voir ce mot.)

On y observe aussi communément : les *tuberculides papulo-nécrotiques*, le *lupus érythémateux*, le *lupus vulgaire*, les lésions diverses de *la lèpre*, les *atrophies lépreuses* des éminences thénar et hypothénar, les *kystes épidermiques traumatiques* (voir tableaux de diagnostic général).

B) *Éruptions à marche aiguë.*	a) *Érythémateuses.* — Rougeurs souvent un peu livides, par plaques assez mal circonscrites, avec tuméfaction des téguments, parfois phlycténisation, cuissons et démangeaisons survenant pendant l'hiver.	*Engelures.*
	b) *Érythémato-vésiculeuses et bulleuses.* — Éléments arrondis ou ovalaires assez nettement limités, érythémateux, mais présentant au centre un soulèvement de	*Hydroa vésiculeux ou herpès iris de Bateman.*

l'épiderme par de la sérosité, puis formation d'une fine croûtelle, tout autour un soulèvement opalin de l'épiderme par de la sérosité, plus en dehors enfin un cercle érythémateux périphérique, le tout formant cocarde. La face dorsale des mains et les poignets sont aussi des sièges d'élection de l'*érythème polymorphe :* de la *dermatite polymorphe douloureuse* (voir tableaux de diagnostic général.)

B) *Éruptions à marche aiguë.* (Suite.)

c) *Érythémato-vésiculeuses circinées géométriquement.* — Cercle géométrique à centre sain ou presque sain, à périphérie constituée par une fine bordure érythémateuse ou érythémato-squameuse sur laquelle se voit parfois une rangée linéaire de vésicules; parfois il y a deux anneaux concentriques, séparés par un intervalle de 1 centimètre ou plus. — *Trichophytie cutanée, herpès circiné parasitaire.*

d) *Vésiculeuses pures.* — Vésicules arrondies, du volume moyen d'une grosse tête d'épingle, pouvant arriver par confluence à former de larges soulèvements de l'épiderme, solides, (ne se rompant pas facilement), sans rougeur périphérique, siégeant surtout à la face interne des doigts, à la face palmaire des mains, plantaire des pieds. — *Dysidrose.*

e) *Pustuleuses agminées.* — Plaque d'infiltration dermique, surélevée au-dessus du niveau des parties saines, d'un rouge vif ou violacé, assez nettement limitée, circulaire, formant dans son ensemble une sorte de macaron, de 3 à 6 centimètres de diamètre moyen, criblée à sa surface de sortes de pustulettes dont on fait sourdre par la pression du pus et de la sérosité purulente; se voit surtout chez les gens qui manient les chevaux. — *Trichophytie cutanée, variété Kerion celsi* (anciennes folliculites agminées).

Les mains sont des sièges d'élection pour les *sillons de la gale*, et pour les autres lésions de cette affection; pour les *érythèmes solaires*, pour *toutes les éruptions artificielles*, pour *toutes les pyodermites* (ecthyma, tourniole, folliculites, etc.), pour la *pustule maligne* (voir ce mot), pour le *bouton d'orient*, pour le *chancre induré* (doigt : accident professionnel), pour l'*eczéma vésiculeux vrai*, pour l'*eczéma nummulaire trichophytoïde*, etc. (voir tableaux de diagnostic général).

PIED

(*Comme pour la main.*)

Comme affections tout à fait spéciales au pied, signalons :

L'*éléphantiasis*, les *lymphangites tuberculeuses*, et surtout le *Pied de Madura* (voir ce mot). (Pied volumineux, bosselé, avec ulcérations et trajets fistuleux.)

ORTEILS

Entre les orteils se développe fréquemment une dermatose caractérisée par de la rougeur assez vive avec infiltration légère des téguments, parfois du suintement, et la production à la surface de la peau d'une couche épaisse, blanche, d'épiderme corné, qui se détache par lambeaux, mais que l'on ne peut enlever prématurément sans faire saigner. — *Eczéma hyperkératosique interdigital.*

On y observe aussi avec la maladie précédente, ou avec de l'eczéma ordinaire, ou avec le psoriasis, des *fissures*, des *cors*, des *durillons*, des *œils de perdrix*, et enfin des papules hypertrophiques, suintantes, formant rhagades au fond des espaces interdigitaux, exhalant une odeur horriblement fétide : (*Plaques muqueuses interdigitales, syphilides papulo-érosives et papulo-hypertrophiques suintantes.*)

PAUME DES MAINS. PLANTE DES PIEDS

Ce sont les lieux d'élection des *transpirations localisées* ou *éphidroses.*

A la plante des pieds et aux orteils. — Rougeur un peu opaline, comme voilée par la macération épidermique, suintement de liquide transparent d'une horrible fétidité. — *Bromidrose.*

Les lésions spéciales aux paumes des mains et aux plantes des pieds sont constituées par les *kératodermies*. (Voir ce mot.)

- A) *Exagération de la couche cornée de l'épiderme sans rougeur nette, ni vésiculation.*
  - a) *A évolution fort lente ou congénitale.*
    - α) Diffuse avec grande sécheresse de la peau. — *Ichthyose.*
    - β) Diffuse avec signes d'éphidrose par place. — *Kératodermie suite d'éphidrose.*
  - b) *A évolution subaiguë.* — Diffuse avec grande exagération de la couche cornée qui est fort épaisse, comme succulente et transparente. — *Arsenicisme.*
- B) *Exagération de la couche cornée avec rougeur.*
  - a) *Sans prurit.*
    - a') *Lésions diffuses.*
      - α) Simple sécheresse et kératodermie diffuse occupant symétriquement toute la paume des mains et la plante des pieds. — *Pityriasis rubra pilaris.*
      - β) *Congénitales. Id.*, mais les lésions occupent aussi la face dorsale des doigts et des mains et toute l'étendue des téguments. — *Érythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie.*
    - b') *Lésions partielles.*
      - α) *Congénitales. — Formes localisées de l'état précédent.* — *Maladie de Meleda.*
      - β) *Acquises.*
        - α') Lésions parfois diffuses, parfois disposées en îlots; amas épidermiques considérables; hypertrophie manifeste du corps papillaire et rougeur marquée des téguments dépassant la région kératosique sous forme d'une bordure érythémateuse. — *Kératodermies érythémateuses symétriques.*
        - β') Éléments arrondis ou ovalaires, d'un rouge assez pâle, quelquefois nettement papuleux, desquamés, de 4 à 12 millimètres de diamètre, criblant sans ordre aucun les paumes et les plantes symétriquement. — *Syphilides papulo-squameuses secondaires.*
        - γ') Lésions rouges et squameuses, avec infiltration plus ou moins accentuée des téguments, d'une manière générale circinées, avec tendance à évoluer par les bords et à guérir au centre: portant en certains points, surtout vers la face palmaire des doigts, des éléments de 2 à 4 millimètres de diamètre, aplatis, comme brillants; rhagades assez fréquentes au niveau des plis de la peau; peu de tendance à envahir la face dorsale des doigts, des mains et des pieds; le plus souvent unilatérales. — *Syphilides tuberculo-squameuses tertiaires.*
        - δ') Lésions rouges et squameuses, disposées en plaques arrondies ou ovalaires, ou circinées par confluence, sans infiltration nette des tissus, coïncidence avec des lésions de psoriasis en un autre point du corps, tendance à gagner les faces dorsales des doigts, des pieds et des mains; squames devenant très nacrées par le grattage. — *Psoriasis.*

  Comme autres lésions kératosiques aprurigineuses possibles de ces régions, mentionnons les *porokératoses*. (Voir ces mots.)
  - b) *Avec prurit.*
    - a') *Lésions diffuses.* — Rougeur peu marquée, à bords peu nets, squames fines et sèches, crises de prurit paroxystiques. — *Prurit circonscrit avec lichénification.*
    - b') *Lésions nettement limitées.* — Rougeurs squameuses par plaques, analogues comme aspect au psoriasis, mais moins accentuées comme lésions. — *Parakératoses psoriasiformes.*
    - Petits éléments de la grosseur d'une tête d'épingle, formant par place des trous minuscules dans l'épiderme corné, mais surtout ayant un aspect de fausses vésicules, se groupant pour former des plaques desquamées irrégulières de contours. (Aspect variable; voir l'article *lichen plan*.) — *Lichen plan.*
- C) *Exagération de la couche cornée avec rougeur et tendance à la vésiculation.*
  - a) *Lésions diffuses.* — Rougeur assez peu accentuée avec desquamation; par place vésicules minuscules nettement visibles par transparence à travers l'épiderme. — *Eczéma vésiculeux vrai.*
  - b) *Lésions circinées.* — Rougeur circinée à configuration géométrique, avec, sous l'épiderme corné, de petites vésicules périphériques. — *Trichophytie cutanée.*

D) *Kératodermie avec papillomatose circonscrite.*	Au centre d'une plaque de kératodermie, lésion arrondie de 2 à 8 millimètres de diamètre, comme transparente, causée par une prolifération des papilles dermiques avec hyperacanthose; extrêmement douloureuse. Siège d'élection : la plante du pied vers la tête du métatarsien et vers le talon.	*Verrue plantaire.*

ONGLES

Les lésions des ongles sont des plus difficiles à diagnostiquer. En effet une maladie donnée peut produire des lésions unguéales d'aspect divers, et inversement une lésion unguéale donnée peut être symptomatique de plusieurs dermatoses.

Voici quelles sont les principales lésions unguéales :

A) *Lésions aphlegmasiques.*	a) *Hypertrophies.*	a') Hypertrophie générale de l'ongle sans grande difformité.	*Onychauxis.*
		b') Hypertrophie avec épaississement énorme et contournement en spirale.	*Onychogryphose.*
		c') Hyperkératose sous-unguéale et relèvement de la table externe de l'ongle par une prolifération de lamelles cornées au niveau du derme sous-unguéal.	*Hyperkératose sous-unguéale.* (*Pachyonycose de A. Fournier.*)
	b) *Atrophies.*	a') *Ongles usés :* — *enfants* — *adultes* soupçonner	*l'Onychophagie.* *Lésions professionnelles.*
		b') *Dépressions transversales* (surtout sur les ongles des pouces).	*Sillons correspondant à des maladies ayant affecté la nutrition générale.*
		c') *Cannelures transversales* donnant à l'ongle un aspect ostréacé en coquille d'huître.	*Lésions symptomatiques d'ordinaire d'une inflammation chronique ou à répétition de la matrice rétro-unguéale comme l'eczéma de la matrice.*
		d') *Ongles éclatés dans le sens de leur longueur* sous forme de stries longitudinales, friables, ternes.	*Onychorrhexis* (s'observe parfois dans certains troubles trophiques, dans les pelades généralisées).
		e') *Aspect de moelle de jonc*, sous la forme de stries jaunâtres ou grisâtres longitudinales.	(Se voit dans le *pityriasis rubra pilaris*, les *pelades généralisées.*)
		f') *Ponctuations sous forme de petites dépressions cupuliformes minuscules* criblant la table externe de l'ongle, simulant l'impression faite par une tête d'aiguille sur de la cire molle.	(Se voit surtout dans le *psoriasis* et dans les *parakératoses psoriasiformes*).
		g') *Soulèvement de la table externe de l'ongle.* — α) *Partiel en foyers.* — Par l'inoculation d'agents étrangers (parasites ou microbes) formant des foyers arrondis, ovalaires ou irréguliers, grisâtres ou jaunâtres, au niveau desquels l'ongle s'amincit, et le derme sous-unguéal prolifère. Existe surtout sur les parties latérales de l'ongle.	(Lésion qui se voit dans le *favus*, dans la *trichophytie*, et parfois dans la *staphylococcie.*)

A) *Lésions aphlegmasiques.* (Suite.)	b) *Atrophies.* (Suite.)	g') *Soulèvement de la table externe de l'ongle.* (Suite.)	β) *Diffus.* — Occupant toute la largeur du lit de l'ongle ; la table externe est graduellement soulevée d'avant en arrière ; l'ongle est décollé ; la matrice sous-unguéale prolifère ou non de manière à constituer ou non une hyperkératose.	(Se voit dans les *psoriasis*, dans les *parakératoses psoriasiformes*, dans certains *processus atrophiques unguéaux généralisés symétriques dits essentiels.*)
		h') *Sectionnement total de l'ongle* vers la matrice rétro-unguéale : l'ongle cesse totalement de se produire, il est reporté en avant peu à peu et est ainsi éliminé ; en arrière de lui le derme sous-unguéal prolifère et desquame.		(Se voit dans les *traumatismes* avec écrasement de la matrice unguéale, et dans les *grandes érythrodermies exfoliantes : dermatite exfoliative généralisée*, etc.)
		i') Tuméfaction de la matrice rétro-unguéale qui est rouge, sensible, très gonflée ; l'ongle cesse de se produire, tombe peu à peu ; le derme sous-unguéal est terne, inégal, rugueux, en desquamation.		*Processus spécial d'atrophie unguéale semblant constituer un type spécial de trouble trophique.*
		j') Ongles éclatés, effrités, ternes, s'en allant en lambeaux, évoluant ainsi vers l'atrophie totale, avec atrophie blanche des téguments voisins et télangiectasies.		*Radiodermites des opérateurs.*
	c) *Dystrophies mixtes.*	*a'*) Induration et épaississement vers la matrice ; couleur rouge grisâtre ; disparition de la lunule ; surface inégale.		*Scléronychie.*
		b') Hypertrophie latérale avec amincissement médian : ongle relevé sur les bords et formant cupule.		*Koïlonychie.*
	d) *Troubles de la pigmentation.*	*a'*) Taches blanches transversales ou punctiformes, parfois blancheur généralisée à tout l'ongle.		*Leuconychie.*
		b') Teinte bleuâtre, cyanotique (concomitance possible de dépressions transversales, de déformations, d'atrophies).		*Acro-asphyxie.*
		c') Colorations anormales.		*Professions. Accidents.*
B) *Lésions phlegmasiques.*	*a*) Tache bleuâtre ou noirâtre sur les parties latérales ou médianes, suite de traumatisme.			*Ecchymose.*
	b) Rougeur vive tout autour de l'ongle avec soulèvement de l'épiderme par de la sérosité louche ; tendance au décollement périphérique de l'épiderme.			*Onyxis. — Tourniole. Panaris sous-épidermique (streptococcie).*
	c) Rougeur vive en un point latéral avec suppuration centrale se faisant à côté et au-dessous de l'ongle et le décollant.			*Onyxis. — Panaris unguéal* (staphylococcie).
	d) Rougeur vive autour de l'ongle avec concomitance d'eczéma : arrêt de développement de l'ongle, grandes dépressions transversales, parfois chute.			*Eczéma périunguéal.*
	e) Rougeur périphérique, avec infiltration des tissus, ulcération fongueuse tout autour de l'ongle ; tuméfaction du bout du doigt, évolution subaiguë.			*Onyxis syphilitique.*

Pour les *panaris*, les *ongles incarnés*, etc., voir les ouvrages de chirurgie.

En dehors des affections que nous venons de signaler, voici quelles sont les lésions unguéales que l'on peut relever dans les principales dermatoses :

Eczéma. Ongles secs, rugueux, épaissis ou ratatinés, parfois soulevés par des productions épidermiques abondantes, parfois sillonnés de stries transversales, ponctués, érodés, cannelés, déformés.

Psoriasis.	Stries et rainures transversales; piqueté, petites dépressions punctiformes, érosions cupuliformes, détachement du derme sous-unguéal (décollement) d'avant en arrière.
Pityriasis rubra pilaire.	Aspect terne, jaunâtre, stries longitudinales donnant l'aspect de la moelle de jonc, incurvation dans le sens transversal et dans le sens longitudinal.
Pelade généralisée.	Aspect terne général, desquamation, effrittement, striations longitudinales, parfois leuconychie, parfois chute totale : tous les ongles peuvent être atteints.
Favus.	Points grisâtres d'abord, puis jaunâtres, au-dessous de la lame cornée, latéraux surtout; puis l'ongle s'épaissit, se flétrit, se raie de stries longitudinales, éclate, s'exfolie, s'amincit par places.
Trichophytie.	Épaississement du corps de l'ongle, aspect en moelle de jonc, friabilité de l'ongle au grattage, évidement progressif de l'ongle au-dessous de la table externe plus ou moins conservée.

PRONOSTIC GÉNÉRAL

Le pronostic général des affections cutanées dépend surtout :

1° *De la nature même de l'éruption ;*

2° *Du terrain sur lequel elle évolue;*

3° *Des localisations;*

4° *Des complications.*

1° Pronostic d'après la nature de la maladie

a) Les *dermatoses traumatiques* guérissent spontanément dès que la cause pathogène est supprimée ; mais elles peuvent provoquer chez certains sujets des explosions de dermatoses d'origine interne qui évoluent dès lors pour leur propre compte.

b) Les mêmes remarques s'appliquent aux *éruptions dites artificielles de cause interne*. Dans beaucoup de cas il suffit d'interrompre l'administration de l'aliment ou du médicament nuisible pour que l'éruption disparaisse ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et la substance nuisible a pu mettre en jeu des prédispositions individuelles, et provoquer chez le sujet l'explosion d'une réaction cutanée qui évolue ensuite pour son propre compte.

c) La durée d'une *dermatose parasitaire* dépend exclusivement de la présence du parasite, et sa gravité de la nature même de l'agent infectieux. Il n'y a évidemment pas de parité à établir entre la lèpre, la morve qui sont des affections extrêmement graves, même au point de vue de la vie, et le pityriasis versicolor par exemple.

Presque toujours la maladie persiste jusqu'à ce qu'une médication appropriée vienne y mettre fin, ou bien jusqu'à ce qu'elle s'épuise elle-même comme dans le

favus. La trichophytie du cuir chevelu guérit spontanément quand le sujet arrive à l'âge adulte.

Il faut en outre tenir grand compte de la possibilité d'une infection ultérieure de toute l'économie comme dans les tuberculoses locales.

d) Pour les *éruptions dites d'origine interne,* nos *Réactions cutanées,* on ne peut rien dire de précis au point de vue du pronostic : on n'a pour s'en convaincre qu'à se reporter au chapitre *Étiologie et Pathologie générales cutanées.*

2° Pronostic d'après le terrain

Il est évident que l'évolution d'une dermatose, surtout quand elle est d'origine interne, dépend en grande partie de la constitution du malade, du bon fonctionnement de ses organes, de son hygiène, de ses occupations, de son état moral, de son âge, de son sexe.

Dans le lupus par exemple, si le sujet a une excellente santé, n'a pas d'antécédents de tuberculose, les lésions cutanées évoluent fort lentement chez lui, et restent à l'état d'infection locale limitée ; si au contraire le sujet a un terrain favorable à l'évolution du bacille, des infections locales étendues, et même générales sont à redouter.

Une dermatose donnée sera beaucoup plus grave si elle se développe chez un albuminurique, chez un diabétique, chez un sujet qui se livre à des excès de table ou de travail, etc.

3° Pronostic d'après les localisations

Une dermatose est plus rebelle aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs à cause des mauvais effets du ralentissement de la circulation sous l'influence de la station debout et de la marche. Elle est plus rebelle aux lèvres à cause de leurs mouvements incessants et du contact des substances alimentaires.

Un lupus des paupières offre une gravité toute exceptionnelle, car, en les détruisant, il peut amener la perte de la vue, etc.

4° Pronostic d'après les complications

Une dermatose se greffant sur une autre dermatose peut l'aggraver en la rendant beaucoup plus rebelle, beaucoup plus difficile à traiter; c'est ainsi que la syphilis augmente la résistance du psoriasis au traitement, que les pyodermites entravent la médication locale des dermatoses qu'elles compliquent, etc.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Il résulte de ce que nous avons dit à propos de l'étiologie et de la pathogénie des dermatoses, qu'à notre sens il faut dans presque toutes les éruptions traiter l'état local par des topiques appropriés, et modifier le terrain sur lequel elles se développent : il faut surtout et avant tout supprimer les causes qui les provoquent ou qui les entretiennent.

Certaines affections purement locales traumatiques ou parasitaires qui n'ont nullement mis en jeu les réactions morbides individuelles, peuvent guérir par la simple suppression de l'agent morbifique premier et par un pansement approprié.

Certaines éruptions d'origine interne, fièvres éruptives, intoxications alimentaires, peuvent guérir par l'hygiène générale seule, sans pansement local.

Presque toujours il est nécessaire d'instituer à la fois un traitement général qui modifie le terrain, qu'il soit d'ailleurs purement hygiénique ou à la fois hygiénique et médicamenteux, et un traitement local comportant des pansements bien faits et une hygiène cutanée rigoureuse.

PREMIÈRE PARTIE

HYGIÈNE GÉNÉRALE CUTANÉE

L'hygiène générale cutanée comprend deux grandes divisions : 1° l'*hygiène générale du sujet* : 2° l'*hygiène locale des téguments*.

I. — HYGIÈNE GÉNÉRALE DU SUJET

S'il est un fait certain, c'est que la fréquence des dermatoses augmente d'une manière sensible quand les populations se civilisent, s'adonnent à l'alcoolisme, et abandonnent la vie des champs, leur alimentation frugale, pour s'agglomérer dans les villes. Et cependant elles y trouvent plus de confort matériel, elles y ont plus de propreté cutanée qu'à la campagne.

C'est qu'elles y ont à lutter contre les effets de l'agglomération, de l'alimentation défectueuse et carnée, du surmenage moral, des professions industrielles, etc....

Pour ne pas avoir de maladies de peau il faut :

1° Que tous les organes fonctionnent bien ;

2° Que le système nerveux soit en état d'équilibre parfait ;

3° Que l'apport alimentaire soit de bonne qualité et concorde avec les dépenses.

Nous allons examiner ces divers points :

1° Que tous les organes fonctionnent bien

C'est la condition rationnellement nécessaire pour que l'équilibre général soit obtenu.

Il conviendra donc de régler les repas, de traiter l'estomac, le foie, de combattre la constipation ; et nous ne saurions trop insister sur l'importance capitale en pathologie cutanée de la régularité absolue des garde-robes. Que d'éruptions du visage, acné, couperose, éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face, qui ne s'atténuent que lorsqu'on est arrivé à régulariser les garde-robes, ou lorsque l'on fait tous les matins pendant quelques jours un grand lavage de l'intestin ! Nombre de femmes soigneuses remarquent que cette « toilette interne » du matin leur est indispensable pour leur « éclaircir le teint. » Il faut donc s'ingénier à faire aller régulièrement à la garde-robe *tous* les malades atteints d'affections cutanées.

Certains se trouveront bien du massage méthodique du gros intestin, d'autres de la marche exécutée de grand matin ; d'autres des divers suppositoires laxatifs d'un usage courant et connus en pharmacie d'après les noms de leurs inventeurs, d'autres des lavages intestinaux dont il convient toutefois de se défier car ils déterminent souvent de l'atonie intestinale.

Parfois on réussira avec des graines oléagineuses que l'on absorbe en quantités variables suivant la nécessité avant chaque repas ; on pourra donner le matin de de la manne en larmes dans du lait, ou de l'huile de ricin à la dose de 1 à 3 cuillerées à café suivant les sujets, émulsionnée dans du lait brûlant et aromatisée avec de l'eau de fleurs d'oranger ou avec toute autre substance.

On ne devra recourir aux véritables purgatifs, et nous n'avons pas à les énumérer ici, que lorsque les moyens précédents, qui sont pour ainsi dire physiologiques, auront échoué.

Nous ne saurions trop le répéter, le principe thérapeutique capital dans la plupart des dermatoses est avant tout de ne laisser jamais stagner de matières fécales dans le tube digestif. Le programme à remplir est d'éviter toutes les causes d'infection de l'organisme : celle-ci est l'une des plus faciles à atteindre ; il ne faut donc pas la négliger.

On doit s'occuper également du filtre rénal : son bon fonctionnement est aussi nécessaire que celui du tube digestif ; c'est en effet une autre grande voie d'excrétion de l'organisme. Toutes les fois qu'il s'agit d'une dermatose qui n'est pas purement traumatique et parasitaire ; toutes les fois que les réactions individuelles sont en jeu, ou qu'il y a infection de l'organisme, il faut réclamer une ou plusieurs analyses complètes des urines de vingt-quatre heures et agir d'après leurs indications[1].

[1] Nous ne pouvons, dans cet ouvrage, entrer dans de plus amples détails sur ce point. Nous renvoyons, pour les diverses indications qui peuvent découler de l'examen des urines, aux traités de médecine et de séméiologie générale.

On doit vérifier l'état du système circulatoire central et périphérique lorsque la dermatose se complique d'un élément de congestion passive ou active.

L'influence des affections des organes génitaux, surtout chez la femme, sur nombre de maladies de peau est actuellement hors de doute : on s'en souviendra surtout quand on aura à traiter des acnés mentonnières rebelles, des eczémas nummulaires persistants, des névrodermites, etc....

Les dermatoses congestives de la face sont souvent entretenues par des affections des muqueuses nasales et pharyngées, par des périostites alvéolo-dentaires, etc...

2° Que le système nerveux soit en état d'équilibre parfait

Le système nerveux ou pour mieux dire l'impressionnabilité nerveuse du sujet doit attirer l'attention du médecin. Quoi qu'on en dise, cet élément joue un rôle considérable dans la pathogénie d'assez nombreuses dermatoses. On doit s'efforcer de l'équilibrer par la suppression du café, du thé, des excitants du système nerveux, par la régularisation de l'existence, la cessation des veilles, de tous les surmenages, surtout des grandes préoccupations, des lourdes responsabilités, du travail cérébral trop absorbant, par l'exercice au grand air, l'hydrothérapie calmante du système nerveux sous la forme de douches chaudes à 36 et 38°, sans pression, de une à cinq minutes de durée, l'électrothéraphie, et même à la rigueur le séjour au grand air dans le calme et le repos complet.

3° Que l'apport alimentaire soit de bonne qualité et en concordance parfaite avec les dépenses

Régime alimentaire. — C'est là d'après nous une question pour ainsi dire capitale dans le traitement général de la plupart des dermatoses. Les principales affections cutanées, les eczémas, les lichens vrais, les acnés, les séborrhées, etc.., sont directement influencés par les troubles de l'appareil digestif et par ceux de la nutrition.

Depuis que nous avons publié nos premiers travaux sur le régime alimentaire dans les dermatoses une véritable croisade a été prêchée contre la suralimentation et surtout contre la suralimentation carnée. Les travaux de Gautier, de Bardet, de Linossier, de Pascault, etc... ont établi que nous mangeons trop, que nous mangeons mal, et qu'il en résulte une viciation totale de notre organisme.

Si l'on veut se rendre compte d'une manière quelque peu exacte du rôle que les aliments peuvent jouer dans la genèse des dermatoses, il faut en étudier *les effets immédiats* et les *effets à distance*.

Effets immédiats. — Au point de vue des *effets immédiats* que certaines substances ingérées peuvent exercer sur l'organisme, presque tout le monde est d'accord. Les faits qui ont démontré que certains aliments peuvent dans un laps de temps qui varie de quelques minutes à quarante-huit heures après leur ingestion provoquer une éruption d'érythème, d'urticaire, d'acné, sont tellement nombreux qu'il n'est plus possible de traiter ces accidents de simples coïncidences et qu'on est bien obligé d'y voir une relation de cause à effet.

On sait qu'il faut ranger parmi les aliments qui peuvent provoquer du côté des

téguments des accidents immédiats, les poissons de mer, tels que les dorades, les sardines, les harengs, les maquereaux, les saumons, la raie, etc... les coquilles de mer, les huitres peu fraîches et surtout les moules ; les crustacés tels que les crevettes, les langoustes, les homards, les crabes, les écrevisses ; les viandes fumées et salées, les viandes faisandées et en particulier le gibier, la charcuterie, les fromages salés et fermentés qui donnent si souvent lieu à des éruptions d'acné et de folliculites, certains fruits acides, les fraises, les framboises, les groseilles, les noix, les amandes, les concombres, les truffes, le cresson, les choux, les choux-fleurs, les sucreries, les pâtisseries, etc... Quant aux divers liquides alcooliques, aux bières transportées, aux vins frelatés, aux liqueurs, au café et au thé, leur rôle nuisible n'est pas admis par tout le monde. Il est probable que ces substances agissent surtout à distance par leur emploi longtemps prolongé. Néanmoins, nous avons souvent vu des éruptions d'urticaire subir de nouvelles poussées sous l'influence de liqueurs fortes, de café ou de thé fort. Nous croyons donc qu'on doit s'en défier.

Les divers aliments que nous venons d'énumérer peuvent avoir une action nuisible immédiate par eux-mêmes, en intoxiquant l'économie dès qu'ils sont absorbés, ou bien en provoquant des troubles de l'estomac et des intestins qui réagissent sur toute l'économie, ou bien enfin, comme l'a dit W.-G. Smith — mais ce processus semble être bien moins fréquent — par élimination par les téguments de substances irritantes : or dans ces deux derniers cas ce n'est pas l'aliment seul qui doit entrer en ligne de compte, mais aussi la manière dont il a été préparé et absorbé ; certaines personnes supportent mal le beurre, d'autres la graisse, d'autres l'huile ; quelques-unes sont incommodées par les épices, d'autres par les viandes peu cuites, etc...

D'ailleurs quand il s'agit des effets immédiats de l'alimentation sur l'organisme, les susceptibilités individuelles sont des plus curieuses, et des plus inattendues. Tel individu pourra, sans inconvénient aucun, consommer des moules ou du homard, et sera pris d'urticaire s'il mange du veau ou du dindon. Tel autre ne peut supporter le blanc d'œuf, tel autre la farine d'avoine, le beurre, la graisse, les eaux minérales, etc., etc...

Les susceptibilités individuelles sont parfois tellement exquises qu'il suffit d'une parcelle alimentaire des plus minimes pour provoquer l'intoxication et l'éruption. Il n'est même pas nécessaire de consommer la substance elle-même, il suffit de consommer un autre aliment cuit avec la substance nocive. Nous connaissons des personnes qui ne peuvent supporter les moules, et qui sont empoisonnées lorsqu'elles mangent d'un mets que l'on a fait cuire avec ce mollusque. On ne peut invoquer dans les faits que nous possédons une action de suggestion, car ces personnes ont éprouvé des accidents toxiques alors qu'elles ignoraient que les aliments eussent subi cette préparation. Leur susceptibilité est telle qu'avec cette quantité infinitésimale de poison, elles sont prises au bout de quinze ou vingt minutes d'éblouissements, de sueurs froides et de syncopes, puis de vomissements et d'urticaire.

Quand donc on traite des sujets atteints d'urticaires chroniques, de prurit rebelle, en un mot de dermatoses dans lesquelles l'effet immédiat des aliments peut se faire sentir, il convient de rechercher leurs susceptibilités individuelles, et pour cela de les mettre d'abord pendant un certain temps au régime lacté complet pur ou associé à une eau alcaline ; puis quand l'urticaire ou le prurit ont disparu (ce qu'ils ne tardent pas à faire à moins que le lait ne soit pas supporté, ou que le système nerveux ne joue un rôle important dans leur genèse), on met le malade à un régime

ordinaire, tout en le sevrant des substances que nous venons d'énumérer, et peu à peu on fait entrer dans son alimentation une à une ces substances douteuses, supprimant définitivement celles qui provoquent les moindres accidents cutanés. On arrive ainsi avec une facilité relative à reconnaître ses idiosyncrasies.

D'ailleurs ces susceptibilités individuelles ne sont pas toujours les mêmes pendant toute la durée de la vie. On peut pendant un certain temps supporter une substance donnée, puis brusquement, sans aucune raison appréciable, elle détermine des accidents, et inversement.

Il en est de même des médicaments dont l'action est tout à fait comparable à celle des aliments.

Aussi les interdictions que l'on fait par la méthode que nous venons d'indiquer ne doivent-elles pas être considérées dans tous les cas comme définitives pour toute la durée de la vie.

Effets à distance. — L'action à distance de la mauvaise alimentation sur les dermatoses est niée par la plupart des dermatologistes, parce qu'on ne peut la démontrer d'une façon rigoureuse, par un des procédés de laboratoire que l'on est convenu à l'heure actuelle d'appeler scientifique. Pour nous, nous la considérons au contraire comme surabondamment prouvée par l'expérience clinique.

Si l'alimentation pèche par excès, par défaut, par mauvaise qualité des ingesta, par leur non adaptation au milieu et au climat dans lequel vit le sujet, soit que ces aliments soient mal digérés, et surtout mal élaborés dans l'organisme, soit que les diverses fonctions excrétoires (poumons, système cutané, reins) soient viciées dans leur fonctionnement, il s'accumule à la longue dans les liquides et dans les organes de l'économie divers produits excrémentitiels plus ou moins toxiques qui peu à peu impriment à l'organisme un cachet de déchéance vitale et de vulnérabilité morbide.

On sait que les individus ayant une nourriture trop substantielle pour le travail qu'ils fournissent, prenant en outre des aliments d'épargne comme l'alcool, le café, le thé, la kola, la coca, et ayant une existence sédentaire dans les grandes villes, ne faisant pas d'exercice, et n'ayant pas l'oxygène des campagnes pour brûler les matériaux emmagasinés, en arrivent progressivement à la goutte acquise. Or nous avons vu en traitant de l'Étiologie et de la Pathogénie des dermatoses que chez les goutteux avérés soit héréditaires soit acquis, des manifestations cutanées à type d'eczéma bulleux ou d'eczéma érysipélatoïde comme accidents cutanés aigus, à type d'eczéma lichénifié ou de névrodermite chronique circonscrite comme accidents cutanés chroniques, alternent assez fréquemment avec des manifestations goutteuses viscérales et articulaires qu'elles remplacent.

Donc l'intoxication alimentaire peut intervenir dans les faits de cet ordre comme cause des plus importantes de ces états morbides, et par suite des manifestations cutanées qui s'y rattachent.

Elle intervient également par l'abus du café, du thé, de la kola, de la coca, de tous les excitants du système nerveux, pour développer le nervosisme et les affections cutanées qui en dépendent. C'est surtout le théisme chez les femmes du monde, le caféisme chez les femmes du peuple qu'il faut incriminer dans la genèse de la plupart des dermatoses prurigineuses qui deviennent si fréquentes chez elles.

Nous ne croyons pas que dans l'état actuel de la science on puisse poser des règles précises pour chaque dermatose au point de vue du régime. Il serait bon

que de patientes études cliniques basées sur de longues observations vinssent apporter un peu de clarté dans cette question si difficile.

Il est tout d'abord bien certain que lorsqu'il s'agit de difformités cutanées, un régime alimentaire est inutile.

Les dermatoses dans lesquelles le régime alimentaire nous semble par contre devoir être réglementé sont surtout les éruptions érythémateuses, urticariennes, vaso-motrices, acnéiques, prurigineuses.

Si le malade est atteint d'une affection cutanée accidentelle aiguë à tendances inflammatoires, et s'il est avéré que certaines substances provoquent chez lui des éruptions artificielles, ou activent le prurit, il devra soigneusement éviter d'en faire usage pendant tout le temps que durera sa dermatose. Quelles que soient ses susceptibilités cutanées, il s'abstiendra toujours dans ce cas de prendre de trop fortes doses d'alcool.

Si l'affection cutanée accidentelle dont souffre le malade n'a pas de tendances inflammatoires très marquées, le problème devient plus complexe. Si c'est une affection purement parasitaire, non compliquée ni d'eczématisation, ni de lichénification, ni de prurit, la question du régime revient à la question du terrain sur lequel évolue le parasite et qu'il peut-être nécessaire de modifier pour obtenir la disparition de ce parasite.

Si l'affection, quoique parasitaire, se complique de prurit ou d'eczématisations ou de lichénifications (comme peut le faire la gale par exemple), on recommandera au malade de s'abstenir des aliments qui peuvent exagérer chez lui ces complications : en tous cas on lui interdira les excès de boisson.

Les mêmes remarques s'appliquent aux éruptions artificielles d'origine externe ou traumatiques, aux éruptions artificielles d'origine interne ou toxiques.

En présence d'une dermatose d'origine nerveuse on doit interdire le café, le thé, l'alcool à trop hautes doses, la kola, la coca.

S'il s'agit d'une dermatose chronique qui semble se relier à la constitution goutteuse, c'est le régime de la goutte que l'on doit prescrire au malade ; on l'engagera à s'y conformer strictement pendant des années.

Il en est de même pour les diabétiques, les albuminuriques, les obèses : ils devront suivre le régime alimentaire qui convient à leur affection viscérale ou à leur état général, et s'abstenir des substances qui leur sont nuisibles.

Chez les enfants en bas âge la question du régime alimentaire est absolument capital quand ils sont atteints de dermatoses à type d'eczéma, d'urticaire, d'érythème, ou de prurigo. On doit les alimenter exclusivement ou presque exclusivement avec du lait. Chez les nourrissons il faut surveiller l'alimentation de la nourrice, et faire analyser son lait. La persistance des éruptions infantiles ne tient fort souvent qu'à la mauvaise composition du lait dont est nourri l'enfant. Il est inutile d'ajouter qu'il faut immédiatement en changer. (Voir les divers travaux des pédiâtres : Marfan, Comby, Variot, etc...)

Mais il ne faut pas qu'en pratique le médecin applique aveuglément les règles que nous venons de poser. Il est de nombreuses circonstances dans lesquelles on doit les modifier.

Il y a des aliments que l'on peut consommer sans danger quand ils sont parfaitement frais et qu'on est au grand air, alors qu'ils sont nuisibles quand ils sont moins frais et qu'on habite la ville. Ces particularités s'observent souvent chez des urticariens ou des eczémateux qui peuvent manger du poisson frais, des mollusques et des crustacés sans inconvénient quand ils se trouvent au bord de la mer.

Un arthritique eczémateux transporté de la ville à la campagne, à la montagne, passant d'une vie sédentaire à une vie active et au grand air, peut sans inconvénients consommer plus de viande, faire usage de vin, de café et de thé. En réalité il faut proportionner l'apport à la dépense.

Il faut en outre tenir compte dans la réglementation du régime alimentaire des susceptibilités individuelles, de la race du malade, du climat qu'il habite. Un homme du nord, chez lequel l'impressionnabilité nerveuse n'existe pas, qui a besoin d'une nourriture plus substantielle pour résister à l'action du froid, peut consommer impunément en jambon, saucisses fumées, viandes conservées, poissons, café, thé, alcool, ce qui intoxiquerait un habitant des pays chauds.

Les idiosyncrasies des races scandinaves, anglo-saxonne, germanique sont totalement différentes de celles des races latines, juives, orientales.

Il est entendu d'ailleurs, que si un sujet donné change de climat, il doit, pour se bien porter, modifier son régime alimentaire et se rapprocher de celui que suivent les indigènes du pays qu'il va habiter.

On ne peut donc avoir une ligne de conduite invariable quand il s'agit de régime alimentaire en dermatologie. Il ne faut pas faire aveuglément à tous les sujets la même prescription diététique ; elle doit varier selon :

1° La race, la nationalité du malade ;

2° Le pays qu'il habite ;

3° Son hérédité et ses prédispositions morbides ;

4° L'état de ses organes ;

5° Son genre de vie et le lieu dans lequel il séjourne.

Mais il faudra surtout que le médecin explique bien au malade que lorsqu'on lui défend une substance reconnue nuisible pour lui, cette interdiction est absolue. Des sujets de très bonne foi s'imaginent suivre fort bien leur régime en prenant de temps en temps un peu des aliments qui leur sont défendus. Pour quiconque connaît les effets possibles et prolongés sur l'économie des substances toxiques même ingérées à doses infinitésimales, il est évident qu'en agissant ainsi ils ne bénéficient nullement des privations qu'ils s'imposent d'une manière habituelle.

Tous ces principes fondamentaux sont malheureusement trop souvent méconnus ; et c'est sans doute pour ce motif que les dermatologistes ne peuvent arriver à s'entendre sur cette question [1].

[1] *Note de* M. le Dr Ayrignac *sur l'alimentation dans les dermatoses d'après les recherches qu'il a faites dans notre service et sous notre direction :*

« Les documents analytiques que nous recueillons depuis cinq ans et dont les derniers n'ont porté que sur des sujets atteints de dermatoses rebelles nous ont d'abord indiqué les modifications que présentent le tube digestif, le foie, le rein, et la nutrition générale de ces malades.

Nous avons été ensuite amenés à comprendre l'importance très grande du régime alimentaire sur les phénomènes nutritifs.

Une mauvaise diététique nous a paru constituer une des causes les plus fréquentes de l'apparition des Dermatoses dites d'origine interne, comme elle l'est d'ailleurs de presque toutes les maladies de la nutrition.

La réglementation du régime nous a fourni un moyen thérapeutique des plus aptes à améliorer l'état général d'un sujet.

Cette réglementation comprend deux éléments d'égale importance : la qualité et la quantité des aliments et boissons à prescrire.

La *qualité* de l'alimentation la plus favorable à un cas particulier, est indiquée par les facteurs suivants :

Etat du tube digestif, estomac et intestin ;

Etat du foie, du rein, du système nerveux, de la peau, de la nutrition générale, du degré de minéralisation,

Elle est exposée à l'article *Hygiène Alimentaire* de cet ouvrage.

La *quantité* se mesure d'après *les besoins réels d'un organisme donné dans des conditions nette-*

II. — HYGIÈNE LOCALE

Un des éléments les plus importants de la prophylaxie des dermatoses, c'est la propreté. C'est un axiome que l'on ne saurait trop répéter que *les dermatoses sont engendrées, entretenues, aggravées par la saleté.*

Pour que la peau ne soit pas envahie par les parasites de tout ordre, pour que

ment définies. Cette notion de la quantité des aliments joue à nos yeux un rôle capital dans la détermination des régimes.

Si l'on songe que la plupart des malades que nous avons eu à examiner, rentrent dans la catégorie de ceux que Bouchard a appelés des « Ralentis », entre autres raisons, parce qu'il leur suffit d'une petite quantité d'aliments pour subvenir aux besoins réels de leur organisme, on comprendra pourquoi nous attachons une telle valeur à cette détermination quantitative.

La clinique avait déjà montré que certains malades à réactions cutanées très délicates continuaient, malgré une réglementation qualitative rigoureuse, à inscrire sur leur tégument la preuve de leur imperfection nutritive.

A ce point de vue, les affections cutanées ont le grand avantage sur les autres maladies de la nutrition de prévenir le médecin de l'inefficacité de sa thérapeutique.

Nous avons pensé alors qu'il y avait peut-être avantage à réduire au minimum nécessaire la fatigue des divers organes d'absorption, d'élaboration et d'élimination.

Nous comptions parer ainsi aux inconvénients, bien plus nombreux qu'on ne se l'imagine encore, qui découlent de la suralimentation, de la surnutrition.

Nous avons cherché alors à déterminer la ration minima nécessaire aux besoins de chaque organisme.

Il nous était difficile d'accepter les chiffres que fournissent les physiologistes. D'abord ils diffèrent beaucoup trop d'un auteur à l'autre, et ils s'appliquent d'ailleurs à une moyenne.

Or personne ne conteste combien sont variables les phénomènes nutritifs d'un sujet à un autre et par suite combien diffèrent les besoins de deux individus distincts. Certain tube digestif pourra très bien supporter une alimentation de 500 grammes de viande, qui présentera des phénomènes d'intolérance avec 700 grammes du même aliment, et cette même quantité n'indisposerait nullement un deuxième sujet. Tel rein fait de l'imperméabilité avec 10 grammes de chlorure de sodium alors que d'autres fonctionneront encore de façon normale avec 12 et même 15 grammes du même corps.

De plus si nous adoptons, sans préjuger de sa valeur, l'unité employée aujourd'hui par la plupart des physiologistes, la calorie, nous constatons que les divers auteurs s'accordent à fixer pour les adultes la ration d'entretien à 33 calories par kilogramme corporel. Or l'observation des faits nous a démontré qu'il était impossible d'accepter cette donnée d'une façon générale.

A côté des quelques sujets qui avaient réellement besoin de cette ration, nous en avons trouvé un plus grand nombre qui se contentaient très bien de 25 calories, beaucoup de 20 calories seulement, et un nombre relativement considérable restait même au-dessous de ce chiffre.

Nous possédons trois observations de sujets dont le régime rationnel ne dépassait pas 12 calories par kilogramme corporel.

On doit donc poser en principe que chaque sujet a besoin d'un nombre de calories qui lui est propre.

Si maintenant nous décomposons ces 33 calories qui jusqu'ici ont été reconnues nécessaires à la moyenne des cas, nous constatons que les auteurs recommandent de les départager de la façon suivante :

Albumine	6 calories
Graisses	9 —
Hydrocarbonés	18 —

Ce qui donne 1gr,50 d'albumine, 1 gramme de graisses, et 5 grammes d'hydrocarbonés par kilogramme corporel.

Ne retenons pour l'instant que la ration d'albumine qui est l'élément fondamental de la cellule vivante.

Dans les cas que nous avons étudiés, nous n'avons que très rarement observé un pareil besoin de ce corps. Presque toujours nous avons trouvé des sujets demandant, *sans réglementation*, à cette partie de l'alimentation 0gr,90 et 0gr,80 par vingt-quatre heures.

Parfois cette dépense ne s'élevait qu'à 0gr,60 et même 0gr,50.

On voit par ces exemples quel coefficient d'erreur parfois considérable introduirait une alimentation uniforme comme quantité, chez des sujets qui présentent des réactions très sensibles, et

ses fonctions de sécrétion, d'excrétion et de perspiration s'accomplissent bien, il faut la savonner avec de l'eau qui ne l'irrite pas, et du savon qui ne soit pas pour elle une cause d'inflammation.

Pour qu'elle ne devienne pas un *locus minoris resistentiæ* au niveau duquel se feront les déterminations morbides de l'organisme et qui sera un point d'appel pour les réactions cutanées, il ne faut pas qu'elle soit traumatisée, blessée par des contacts irritants.

Tels sont les deux principes qui règlent l'hygiène locale de la peau.

l'on comprend la nécessité de fixer aussi rigoureusement que possible la ration minima nécessaire à un organisme déterminé.

Pour atteindre ce résultat de façon pratique, nous commençons par déterminer la quantité d'azote urinaire éliminé en vingt-quatre heures par un sujet qui, pendant trois jours, a suivi un régime identique à son régime habituel.

On sait qu'un gramme d'azote correspond à 6gr,25 d'albumine. Comme l'azote urinaire représente environ 95 p. 100 de l'azote total éliminé en vingt-quatre heures tant par les urines que par les matières fécales et par la peau, il faudra, comme l'indique Bouchard, multiplier l'azote urinaire par 6 736 pour avoir l'albumine totale détruite en vingt-quatre heures par ce sujet.

Nous calculons, d'autre part, la quantité d'albumine qui a été ingérée pendant ce même laps de temps et nous établissons le rapport des deux.

Pour une alimentation d'hydrocarbonés et de graisses, le taux d'élimination de l'azote urinaire est fonction de l'azote ingéré. Il augmente ou décroît en même temps que lui.

Nous n'envisageons pas ici les cas pathologiques rares dans lesquels l'albumine peut être, en grande quantité, détournée de son émonctoire naturel, et peut être soit éliminée par l'intestin, soit retenue dans l'organisme par quelque épanchement séreux considérable.

Nous devons cependant signaler les observations beaucoup plus fréquentes dans lesquelles il existe une rétention momentanée ou une débâcle consécutive dues à une imperméabilité rénale qui aurait échappé à l'investigation clinique, mais dont il faudrait tenir compte.

Nous constatons souvent, quand les sujets ont suivi leur régime habituel, que ce rapport de l'albumine détruite à l'albumine ingérée est inférieur à 88 p. 100 alors qu'il devrait être le contraire. Aussi avons-nous pris le parti de donner une ration albuminoïde légèrement inférieure à la quantité d'albumine détruite.

Si cette quantité est de 70 grammes, par exemple, nous établissons à 65 grammes notre ration d'albumine alimentaire. C'est qu'en effet nos sujets étant habitués à une alimentation trop riche en albumine, l'élimination urinaire représente, comme nous l'avons indiqué plus haut, une azoturie plus forte que l'azoturie normale du sujet. D'où la règle constante que nous avons adoptée, sauf chez les sujets qui maigrissent.

Nos malades sont alors pesés, et pendant une semaine suivent un régime composé de la façon suivante :

1° La quantité d'albumine déterminée comme nous venons de le montrer :

2° Une ration de graisses égale aux deux tiers de la ration d'albumine prescrite ;

3° Une quantité d'hydrocarbonés égale à cinq fois cette ration d'albumine.

Dans le cas précité où nous avons pris 65 grammes d'albumine, nous donnerons donc 45 grammes de graisses et 325 grammes d'hydrocarbonés, c'est-à-dire 1 720 calories environ.

Après une semaine de ce régime, nous déterminons à nouveau l'azote urinaire et nous notons le poids et l'état du sujet.

Nous constatons très souvent une amélioration de cet état, une diminution du poids et une élimination azotée qui a fléchi parallèlement à l'ingestion du même produit.

Nous diminuons encore la ration albuminoïde en maintenant les hydrocarbonés et les graisses à leur taux initial ; nous continuons à réduire ainsi la quantité d'albumine jusqu'à ce que l'azote éliminé dépasse l'azote ingéré. Nous avons alors la preuve que les tissus de l'organisme ont fourni la différence.

Nous connaissons alors le besoin minimum d'albumine nécessaire à nos sujets pour une ration d'hydrocarbonés et de graisse donnée.

Il ne reste plus qu'à contrôler ce résultat par le poids et l'état du sujet.

On sait d'ailleurs que par l'augmentation des autres éléments du régime on peut faire baisser encore davantage la destruction des albuminoïdes et même la faire tomber au-dessous de 21 grammes par vingt-quatre heures sans diminution du poids du sujet.

Nous ajouterons que dans certains cas il est même nécessaire d'obtenir ce résultat surtout si le tube digestif du sujet le permet.

On sait en effet combien sont toxiques les molécules fournies par la désintégration de la molécule albuminoïde. On sait aussi la part importante que prennent les albumines surtout animales dans la production des fermentations intestinales. Ces deux raisons suffisent à elles seules à

A. — Hygiene des parties glabres

Pour débarrasser les téguments des produits de sécrétion des glandes cutanées, de la desquamation épidermique, et de tous les corps étrangers, poussières et parasites, qui s'accumulent sans cesse sur leur surface, surtout au niveau des parties découvertes, il convient de laver soigneusement deux fois ou tout au moins une fois par jour, toutes les régions découvertes, visage, cou, mains, et toutes celles au niveau desquelles il se fait d'actives sécrétions, telles que les pieds, les régions ano-génitales, les aisselles chez certaines personnes.

Il est préférable de se servir quand on le peut d'eau que l'on a fait bouillir ou d'eau de pluie. Les eaux chargées de calcaire sont parfois irritantes pour certaines peaux. L'eau chaude nettoie mieux ; l'eau froide raffermit la chair, et expose moins aux gerçures pendant l'hiver.

Il est bon d'utiliser des savons pour arriver à un nettoyage plus parfait ; il

motiver dans quelques cas l'abaissement plus considérable de la ration albuminoïde, et cela pendant un certain temps.

Mais il faut bien se garder de permettre la destruction des albumines des tissus, ce qui arriverait si l'on n'augmentait pas les rations d'hydrocarbonés et de graisses en même temps que l'on diminue les substances protéiques.

Nous n'avons pas tenu compte jusqu'ici du facteur minéral dans la constitution du régime. Les éléments minéraux sont éliminés en forte proportion dans la plupart des dermatoses, d'où nécessité d'en fournir un apport suffisant par l'alimentation. A moins d'indications particulières nous donnons en moyenne un gramme de matières minérales (moitié sous forme de chlorure de sodium, moitié sous forme de sels minéraux compris dans les aliments) pour 4 grammes d'albumine.

Une place à part doit être réservée au chlorure de sodium.

Nous avons vu que l'état du rein est souvent mauvais dans bon nombre de dermatoses. On connaît d'autre part l'influence du chlorure sur l'activité du rein. Il est donc nécessaire de rechercher la quantité de chlorure compatible avec le meilleur fonctionnement du rein d'un sujet donné. Ce point particulier nous est fourni de façon bien suffisante dans la pratique ordinaire par le rapport de la diurèse moléculaire totale à la diurèse moléculaire élaborée.

Ce rapport dans la plupart des cas s'élève au-dessus de sa valeur normale chaque fois que la diurèse s'opère de façon défectueuse. Or en diminuant l'ingestion des chlorures on restitue généralement à ce rapport sa valeur normale. Nous observerons cependant que le chlorure de sodium, son effet sur l'état du rein étant mis à part, agit très nettement sur la nutrition générale.

Nous avons noté en effet, à la suite d'une épreuve chlorurée assez intense, une meilleure élaboration des matériaux nutritifs et une élimination des éléments extractifs supérieure à la rétention passagère provoquée par le chlorure de sodium.

Nous pensons donc qu'il ne faut pas proscrire systématiquement le chlorure de l'alimentation, en dehors des cas où il provoquerait de l'imperméabilité presque complète, et qu'il peut être utile chez de nombreux sujets de prescrire une certaine quantité de ce corps pendant quelques jours tout au moins.

Ces considérations générales étant posées, voyons les avantages et les inconvénients des divers régimes typiques que l'on a l'habitude de prescrire.

Le *régime lacté absolu* est fréquemment utilisé dans les grandes dermatoses et réussit dans la plupart des cas. Nous ne redirons pas la valeur diurétique de ce régime depuis longtemps connue : le lait a, entre autres avantages, celui d'assurer une excellente minéralisation, d'augmenter considérablement les oxydations, et de diminuer en général l'apport de matériaux toxiques.

Mais certains tubes digestifs le tolèrent mal, parfois même ne le tolèrent pas du tout. De plus, les 2 litres et demi de lait qui correspondent aux 1 700 calories que nous jugeons suffisantes à la plupart des sujets renferment une proportion bien trop grande de graisses et d'albumine et une trop petite quantité d'hydrocarbonés.

Les 100 grammes d'albumine qu'ils représentent sont de beaucoup supérieurs au besoin protéique nécessaire, et l'on comprend par le nombre de molécules toxiques qu'ils créent et par les fermentations intestinales parfois considérables qu'ils développent, comment ce régime peut devenir toxique pour un sujet donné.

Le *régime végétarien absolu* offre de grands avantages au point de vue de la nutrition en général. Il supprime presque toujours les fermentations intestinales, diminue la fatigue du foie

convient d'employer des savons naturels, sans parfums, ne renfermant pas d'excès d'alcalis ; le beau savon blanc dit de Marseille en est le type. Les savons avec excès de graisse d'Unna de Hambourg et leurs dérivés ne sont pas irritants pour la peau ; mais il décrassent bien mal.

Il y a des peaux qui ne supportent pas les savons : elles se gercent, et il s'y développe des éruptions à type d'eczéma lorsqu'on les savonne d'une manière habituelle. On peut remédier à cet inconvénient soit en les enduisant de cold-cream frais sans odeur, ou de glycérolé d'amidon à la glycérine neutre pure, ou d'un mélange à parties égales d'huile d'amande douce et de lanoline pendant toute la nuit, et après chaque savonnage ; soit en employant en guise de savon la mie de pain, la pâte d'amandes, la glycérine, le cold-cream frais qui nettoie admirablement, et que beaucoup de femmes à peau délicate emploient exclusivement pour les soins du visage, enfin certains produits de parfumerie à base de glycérine ou d'huile d'amande douce que tout le monde connaît.

et du rein en faisant baisser le nombre de molécules toxiques. Nous l'avons vu réussir dans les cas où le régime lacté était demeuré impuissant. Malheureusement il est parfois impossible de le faire tolérer par certains estomacs, par les hyperpeptiques en particulier, et par certains intestins délicats.

Notons en passant que dans deux cas, dont un observé avec M. le Dr Lenglet, nous avons constaté la coexistence de fermentations intestinales vraies, et d'un régime végétarien suivi depuis un mois.

Les objections tirées de l'insuffisance en albumine de ce régime n'ont pas de valeur si l'on songe que la ration d'albumine peut être réduite à une quantité tout à fait minime pourvu que l'apport en hydrocarbonés et en graisses ait été augmenté, et si l'on se rappelle que certains légumes secs (lentilles, haricots, pois, fèves) renferment une plus grande quantité d'albumine qu'un même poids de viande ; d'où leur nom de viande végétale.

Dans quelques cas nous avons pu augmenter la tolérance du tube digestif pour ce régime en donnant en même temps un peu de diastase végétale facilitant la transformation de l'amidon en dextrine et glucose.

Etant donné ce qui précède, il sera bon de faire suivre ce régime pendant quelques jours et de le reprendre après un retour plus ou moins prolongé au régime mixte.

Le *régime mixte fortement carné* présente de très graves inconvénients qui proviennent tant de l'apport considérable en albumine que de l'augmentation des dérivés toxiques qui proviennent de la désassimilation des viandes, « autant de substances qui vont engorger le foie, irriter les centres nerveux, fatiguer et congestionner le rein » (Gautier).

Enfin dans des proportions bien plus considérables que pour le lait, la viande augmente les fermentations, irrite l'intestin, entretient la constipation : troubles qui ne font qu'augmenter la toxicité de cet aliment.

Après ce que nous venons de dire, on conçoit les avantages que l'on pourra tirer de l'emploi raisonné des divers régimes précédents.

On pourra par exemple, dans les poussées généralisées des dermatoses, prescrire d'abord le régime lacté intégral pendant quelques jours ; puis, si les accidents continuent, donner le régime végétarien absolu ou de préférence le régime mixte lacto-végétarien qui bénéficie des avantages des deux sans en présenter les inconvénients. Dans ce cas l'on devra limiter la quantité de lait aux besoins en albumine du sujet.

Etant données les habitudes alimentaires d'aujourd'hui, nous pensons qu'il n'y a indication du régime végétarien absolu que dans les cas et sous les réserves que nous avons indiqués à propos des inconvénients des régimes lacté et végétarien absolus.

Au moment de la convalescence on pourra revenir progressivement au régime mixte faiblement carné. En tout cas on ne devra jamais permettre à ces sujets, même une fois guéris, de dépasser une dose de viande variant de 60 à 150 grammes suivant les individus.

Pour ce qui concerne les espèces de viande, les œufs, les fromages (voir l'article *Régime* du Traité).

Il ne faut pas oublier dans la prescription des divers régimes, le régime lacté excepté, la part importante qui revient aux éléments minéraux et à la boisson dans la diététique.

Sans parler des diverses préparations thérapeutiques, nous indiquerons les bons effets que l'on peut obtenir de la décoction de céréales de Springer aux doses de 200 à 400 grammes.

La dose de chlorure de sodium doit être déterminée d'après les besoins normaux de chaque sujet.

Enfin il est bon de prescrire par vingt-quatre heures une assez grande quantité de liquide contrairement à l'opinion assez répandue. » (Ayrignac.)

D'ailleurs les soins de toilette varient totalement suivant qu'il s'agit de peaux graisseuses, séborrhéiques ou de peaux sèches xérodermiques. Aux premières conviennent les savonnages avec des savons plutôt chargés d'alcalis comme le savon mou de potasse, l'emploi de l'eau de son pure ou additionnée de borate ou de bicarbonate de soude, les lotions alcooliques, avec de l'alcool camphré qui est le prototype des lotions antiseptiques pour la peau, ou de l'eau de Cologne de bonne qualité, les applications de poudres siccatives telles que les farines d'amandes, de seigle, d'orge, les poudres d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de Bismuth, de magnésie, etc.., aux secondes conviennent les nettoyages avec de l'eau qui a préalablement bouilli avec de la laitue, de la guimauve ou de la graine de lin, et avec des corps gras tels que le cold-cream frais sans odeur.

Nous ne saurions d'ailleurs trop mettre en garde les médecins contre l'emploi des parasiticides ou antiseptiques, lotions et savons, dans les dermatoses, et même sur les peaux saines. Le meilleur antiseptique est de beaucoup le savon ; puis, si la peau le supporte, l'alcool camphré, ou l'eau-de-vie camphrée qui est bien moins énergique.

Il est bon de prendre un ou deux bains de propreté par semaine.

Le meilleur bain hygiénique est le bain tiède savonneux que l'on prend à une température qui varie suivant les sujets de 30° à 34° : il faut qu'on n'y éprouve aucune sensation désagréable de chaud ou de froid ; on y séjourne de vingt à trente minutes.

Certaines peaux irritables réclament des bains d'eau de pluie ou d'eau bouillie, des bains de son, ou d'amidon, ou de gélatine (de 500 grammes à 1000 grammes par bain), de glycérine (500 grammes par bain) : ces deux derniers conviennent aux peaux xérodermiques. Les peaux graisseuses ou séborrhéiques veulent au contraire des bains alcalins, renfermant soit de 50 à 250 grammes de carbonate de soude, soit de 50 à 100 grammes de borate de soude, des bains de Pennès.

Les peaux acnéiques et séborrhéiques sont parfois heureusement modifiées par des bains sulfureux.

Quelques auteurs conseillent les bains de tilleul aux personnes dont le système nerveux est très excitable.

Les bains de vapeur, les étuves sèches peuvent avoir leurs indications, mais ne sauraient être recommandés d'une manière générale. En sortant du bain, il est bon de se faire masser ou tout au moins de se frictionner vigoureusement. On enlève ainsi mécaniquement une grande quantité de détritus restés adhérents aux téguments malgré le bain, mais ramollis par le contact de l'eau et rendus plus faciles à détacher.

Tels sont les bains de propreté que l'on doit prendre pour entretenir le corps en parfait état et favoriser les fonctions de la peau. (Voir l'article *Bains* pour plus de détails.)

Soins à donner à la peau. — Au point de vue des qualités mêmes de la peau et des tissus, voici en peu de mots ce que nous croyons pouvoir conseiller :

Il est bon pour raffermir les chairs de faire au moins le matin des lotions froides avec de l'eau bouillie sur les bras, les épaules et la poitrine. Beaucoup de femmes conservent ainsi fort longtemps la fermeté et la forme de leurs seins. Si la peau est trop sèche et squameuse, on fait de temps en temps des onctions de glycérolé d'amidon et de cold-cream frais; si elle est grasse et huileuse, on la savonne une ou deux fois par semaine, plus ou moins fortement suivant la susceptibilité des

téguments, avec du savon au goudron pur ou au borate de soude; on ajoute à l'eau dont on se sert quelques gouttes de teinture de benjoin ou un peu d'eau de Cologne ou d'alcoolat de lavande.

(Pour les autres cas qui peuvent se présenter, voir les articles *Acné*, *Séborrhée*, *Eczéma*, etc...)

Les personnes qui veulent conserver un teint frais, rosé, sans qu'il soit haut en couleur, qui veulent retarder autant que possible l'apparition des rides, doivent :

1° Ne pas s'exposer au froid vif, au vent violent, en particulier au vent de la mer qui hâle fort rapidement les parties découvertes, au soleil, à l'air chaud;

2° Ne pas porter des vêtements trop lourds, trop étroits, en particulier pas de corsets serrés qui font refluer le sang au visage et qui empêchent les digestions de se faire ; éviter le froid au pieds ;

3° Avoir un régime alimentaire d'une sévérité extrême (voir ce mot) ;

4° Entretenir la liberté du ventre par des laxatifs appropriés si c'est nécessaire, et prendre de temps en temps des lavements ;

5° Ne pas veiller, ne pas se fatiguer outre mesure, soit par des excès de travail, soit par des excès de plaisirs;

6° Eviter les émotions fortes, les préoccupations, la tension d'esprit prolongée, etc...

B. — Hygiène de la chevelure

Il est triste d'être obligé de reconnaître que ce sujet, quelque important qu'il soit en réalité, a été jusqu'ici fort négligé par les médecins.

Voici quelques principes que nous croyons devoir poser et d'où découlent les règles générales d'hygiène que nous adoptons.

Tout d'abord l'expérience prouve que lorsque les cheveux sont trop secs, ils ont de la tendance à devenir cassants, frêles, et à s'éclaircir, que lorsqu'ils sont trop gras, ou, pour parler un langage plus médical, lorsque le cuir chevelu est atteint de séborrhée huileuse, il ont une tendance des plus marquées à tomber. Des cheveux normaux et vivaces ne sont donc ni trop secs, ni trop graisseux.

L'expérience a également prouvé que, lorsqu'on veut développer à outrance le système pileux d'une région normale, il faut l'enduire fréquemment de corps gras, la frictionner avec des brosses ou avec des substances irritantes, appliquer des vésicatoires, la raser, épiler les duvets qui la couvrent : à force de les arracher, on arrive assez souvent, et surtout dans certaines régions d'élection comme la face, à transformer en poils volumineux et vigoureux d'imperceptibles duvets.

L'expérience semble enfin avoir démontré que les cheveux se conservent mieux chez ceux qui ont l'habitude de laisser leur tête découverte que chez ceux qui sont constamment coiffés de calottes ou de chapeaux pesants.

Nous allons maintenant, en nous appuyant sur ces quelques données peu sujettes à contestation, du moins nous semble-t-il, exposer comment nous comprenons qu'on doit soigner une chevelure indemne de toute affection.

Soins de propreté. — Le cuir chevelu doit être propre. Cet axiome est d'autant plus irréfutable à l'heure actuelle que nous savons maintenant que nombre de dermatoses de cette région reconnaissent des parasites pour cause première. Il faut donc avant tout l'empêcher de s'infecter, et le nettoyer toutes les fois que c'est nécessaire, mais sans excès, comme nous le verrons plus loin.

Chez beaucoup de sujets, le cuir chevelu a une tendance naturelle à s'encrasser.

Il se dépose incessamment à sa surface des produits dus à la transpiration, laquelle est parfois fort abondante en cette région, à la sécrétion des glandes sébacées, à la desquamation de l'épiderme. En outre les poussières extérieures viennent souvent le souiller : dans certains corps de métier les ouvriers devraient se laver la tête tous les jours.

Chez le nouveau-né, il se produit sur le vertex une accumulation de croûtes molles et tenaces qui sont du sébum mélangé à une plus ou moins grande quantité de squames épidermiques et de poussières. Il est indispensable d'enlever, toutes les fois que c'est nécessaire, cet enduit qui peut être chez certains sujets prédisposés le point de départ d'un eczéma séborrhéique. Il ne faut pas employer pour cela des savons irritants et d'énergiques frictions. Si les croûtes sont trop épaisses, on les ramollit d'abord avec de l'huile d'amande douce, de l'huile d'olive ou de l'huile de ricin parfumée, du cold-cream frais, du cérat frais ou de la vaseline : on peut même laisser le corps gras employé en contact avec le cuir chevelu pendant plusieurs heures, en le recouvrant d'un tissu imperméable. Lorsque l'enduit sébacé est devenu moins adhérent, on lave la tête de l'enfant avec de l'eau chaude et du savon de belle qualité, ou bien avec de la décoction de saponaire ou de bois de Panama, ou bien encore avec un jaune d'œuf battu dans un peu d'eau chaude. Après un premier nettoyage complet, il suffit de passer sur le cuir chevelu de temps en temps (tous les matins chez certains sujets), de l'ouate hydrophile salicylée imbibée de décoction de bois de Panama tiède ou d'eau tiède pure légèrement savonneuse. Si c'est utile, on refait tous les huit ou quinze jours un grand nettoyage : mais il ne faut pas en abuser.

Chez les adultes, il est également indiqué de procéder à un nettoyage du cuir chevelu toutes les fois que c'est nécessaire. Cependant il faut autant que possible ne le répéter que toutes les deux, trois ou quatre semaines suivant les besoins, à moins qu'on ne soit trop exposé aux poussières, et dans ce cas, on peut le faire tous les huit jours environ. On ne saurait trop s'élever contre la pratique qui consiste à se laver la tête tous les jours à grande eau ; car le plus souvent on ne sèche pas les cheveux avec assez de soin, et l'on n'a pas la précaution de leur restituer après le lavage la matière grasse qu'on leur a enlevée, que la nature leur fournit, et qui est nécessaire à leur bonne conservation : aussi finissent-ils par devenir secs et cassants.

Pour procéder au nettoyage du cuir chevelu chez l'adulte, on peut se servir des mêmes substances que chez l'enfant; ce sont celles que nous préférons. Mais on peut aussi employer chez lui d'autres savons, par exemple le savon mou de potasse quand on a les cheveux trop graisseux, les savons médicinaux au panama, au borax dans les mêmes circonstances, les savons au soufre, au naphtol, à l'ichtyol, à la résorcine, au solvéol si l'on éprouve quelques démangeaisons, les savons au goudron, au goudron et au panama, au goudron boraté, à l'acide salicylique s'il y a des pellicules ou un peu de séborrhée.

Quand le cuir chevelu est très irritable, il faut se contenter d'employer une décoction faible de bois de Panama, ou une solution au borax. Jackson recommande dans ce cas un mélange de trois jaunes d'œufs battus dans 500 grammes d'eau de chaux. Le lavage se fait soit avec les doigts préalablement aseptisés, soit avec une brosse un peu dure soigneusement lavée, ce qui est plus commode, soit avec des tampons d'ouate hydrophile qu'on renouvelle à chaque instant, ce qui est infiniment plus propre. On frotte le cuir chevelu avec assez de force pour en détacher toutes les impuretés, en ayant soin toutefois de ne pas tordre les cheveux et de ne

pas exercer de trop fortes tractions sur leur racine. Il est préférable d'employer pour cela de l'eau chaude, ou de faire chauffer les solutions dont on se sert. Quand la tête est bien couverte de mousse et que le cuir chevelu a été suffisamment savonné, on le lave à grande eau pour enlever les crasses et les substances qui ont servi au nettoyage. On doit préférer pour cela l'eau chaude ; cependant quelques auteurs conseillent de faire alterner l'eau chaude et l'eau froide. On sèche ensuite avec beaucoup de soin les cheveux et le cuir chevelu en les enveloppant de serviettes chaudes et en les frictionnant légèrement.

Quand on a terminé, il est bon de mettre sur le cuir chevelu et sur les cheveux une petite quantité d'huile d'amande douce ou d'huile de ricin aromatisée avec un peu d'essence de bergamote ou de wintergreen pour leur restituer l'enduit graisseux qui leur est naturel et que l'on a mécaniquement enlevé par le savonnage : mais il ne faut pas en mettre en trop grande quantité, car on tomberait dans l'excès inverse.

Peignes et brosses. — Les objets qui servent aux soins journaliers que l'on prend de la chevelure sont les peignes et les brosses. Chez les tout jeunes enfants, le peigne n'est pas nécessaire. Nous avons dit comment il faut leur nettoyer la tête : il suffit, en dehors de ces lavages, de leur brosser le cuir chevelu le matin avec une brosse douce, sans arriver à le rougir ou à l'irriter. A mesure qu'ils avancent en âge, on emploie une brosse de plus en plus ferme, mais il ne faut jamais arriver à irriter les téguments.

Dès que l'enfant a une véritable chevelure, il doit, comme l'adulte, se servir d'un peigne : cet instrument est indispensable pour démêler les cheveux, pour leur donner leur direction habituelle et les aérer. Les meilleurs peignes sont les peignes à dents écartées que l'on appelle démêloirs : les dents ne doivent pas être trop aiguës, car elles sont alors irritantes et douloureuses pour le cuir chevelu ; elles ne doivent présenter ni la moindre inégalité, ni la moindre aspérité, car elles pourraient casser et arracher les cheveux. On doit tenir ces instruments dans un parfait état de propreté. On ne se servira du peigne fin que lorsque les cheveux auront été déjà passés au démêloir. D'ailleurs ce peigne fin, qui doit présenter les mêmes qualités que le démêloir, n'est pas très utile et il peut être nuisible entre des mains peu soigneuses. On l'emploie surtout dans le but de nettoyer la tête et d'enlever les pellicules : or, on irrite ainsi le cuir chevelu, on active la production du pityriasis, et l'on exagère, en somme, l'affection que l'on veut combattre. Il vaut mieux traiter les pellicules par les pommades, les lavages et les brosses bien maniées.

L'adulte doit faire usage d'une brosse dure : les touffes de crin en seront disposées de telle manière que celles du milieu soient un peu plus saillantes que celles de la périphérie : elles seront écartées pour pouvoir pénétrer dans la masse des cheveux sans difficulté et sans exercer sur eux de fortes tractions, il faut que ces instruments soient tenus dans un parfait état de propreté. Lorsque les cheveux auront été démêlés avec le gros peigne, on les brossera suivant le sens dans lequel ils auront été disposés, avec assez d'énergie pour que l'on éprouve une certaine sensation de chaleur agréable au cuir chevelu, sans cependant arriver à l'irriter. On nettoiera ainsi les cheveux, et l'on fera disparaître la plus grande partie des pellicules. Pour terminer et pour donner du brillant à la chevelure, on peut en lustrer la surface avec une brosse douce.

Port des cheveux. — Les hommes portent à l'heure actuelle pour la plupart les cheveux courts. Cet usage est condamné par beaucoup d'auteurs, qui soutiennent avec une apparence de raison que les cheveux constituent une protection natu-

relle du crâne, que les femmes qui ne coupent point leurs cheveux les perdent beaucoup moins que les hommes, etc.... Ceux qui conseillent de tenir les cheveux courts prétendent au contraire que des coupes de cheveux fréquentes réveillent leur vitalité, qu'en les portant courts on peut nettoyer le cuir chevelu avec plus de facilité et prévenir les diverses maladies contagieuses si fréquentes que l'on observe dans cette région. Certains auteurs pensent que des coupes de cheveux trop répétées sont mauvaises, parce qu'elles entretiennent une certaine irritation du cuir chevelu. Il est bon toutefois de faire couper assez souvent les cheveux quand ils sont grêles, chétifs et clairsemés. Cette question est donc des plus controversées, et dans l'état actuel de la science il est assez difficile d'avoir une opinion ferme sur ce point. Voici néanmoins quelle est notre ligne de conduite.

Il est préférable de faire porter aux enfants leurs cheveux courts jusqu'à l'âge de sept à huit ans : on peut en effet ainsi leur tenir facilement la tête dans un état de propreté absolue. A partir de cet âge on peut laisser pousser les cheveux des petites filles ; si cependant elles sont exposées par leur condition sociale à ne pas prendre un soin suffisant de leur personne, il vaut mieux tenir leurs cheveux à une longueur modérée jusqu'à la puberté. Beaucoup de femmes brûlent l'extrémité de leurs cheveux ou les raccourcissent de quelques millimètres à chaque époque menstruelle ; elles prétendent conserver ainsi leur chevelure et en activer la croissance. Il est bien difficile de dire si cette croyance est réellement fondée ; en tous cas cette pratique ne saurait avoir de sérieux inconvénients.

Quant aux jeunes garçons qui vont au collège comme externes ou qui y demeurent comme internes, ils doivent porter leurs cheveux courts. Ils n'ont pas le temps de prendre les soins assez minutieux que nécessite une longue chevelure flottante, et les contaminations incessantes auxquelles ils sont exposés obligent à exercer sur eux une active surveillance, ce qu'il est bien plus facile de faire si les cheveux sont coupés ras. Les jeunes gens feront ce qu'ils trouveront convenable : mais, dès qu'ils auront une affection quelconque du cuir chevelu, ils devront couper leurs cheveux aussi courts que ce leur sera possible, car les soins qu'ils auront à prendre deviendront ainsi beaucoup plus aisés, et n'exigeront que peu de temps.

Mode de coiffure. — La forme de la coiffure adoptée par les femmes est fort importante. Il est fréquent d'observer des plaques d'alopécie au sommet de la tête, au vertex en particulier, aux points qui sont soumis à des pressions ou à des tractions exagérées, le plus souvent par l'intermédiaire d'épingles ou de peignes avec lesquels on attache où l'on maintient les vrais et les faux cheveux.

Pour être hygiénique, une coiffure doit être simple ; elle doit laisser aux cheveux leur direction naturelle et ne pas les soumettre à de trop fortes tractions. La mode qui consiste à laisser porter aux petites filles leurs cheveux flottants, sur les épaules, est excellente : il est bon que, de temps en temps, lorsqu'elles le peuvent, les femmes les laissent également dénoués. La meilleure coiffure consiste à les natter en tresses peu serrées sans tirer sur eux, puis à les laisser pendre, ce que peuvent faire les jeunes filles, ou bien à les replier derrière la tête et à les fixer avec de grosses épingles à cheveux bien unies en caoutchouc durci, en os, en écaille ou en celluloïd. Il faut éviter de les tordre et surtout de les rouler en papillotes, ou de les chauffer pour les friser.

Nous réprouvons donc complètement les modes actuelles qui consistent à sécher les cheveux pour « les faire fournir », à les onduler, à les friser, à les faire bouffer au moyen de peignes que l'on dispose en couronne tout autour de la tête. Nous sommes convaincu que cette pratique détestable est une des causes des chutes de

cheveux dont les femmes se plaignent de plus en plus depuis quelques années.

Les hommes doivent se conformer aux mêmes principes. La coiffure en brosse, dite à la Henri II, est détestable, car elle change la direction des cheveux et ne leur laisse pas leur souplesse naturelle. La frisure leur est aussi mauvaise qu'aux femmes.

Chapeaux. — Pour qu'un chapeau ne soit pas nuisible, il doit remplir les conditions suivantes : il doit permettre à l'air de circuler librement sur la tête, ne pas favoriser l'accumulation à sa surface de l'air chaud et de la sueur, ne pas comprimer le crâne et gêner ainsi la circulation de la partie supérieure du cuir chevelu, toutes conditions qui favorisent la production de l'alopécie prématurée idiopathique et des alopécies séborrhéiques. Il est bon d'avoir la tête nue : aussi, lorsqu'on ne s'expose pas à s'enrhumer en agissant ainsi, faut-il se découvrir dès qu'on le peut. Les mêmes considérations s'appliquent aux faux cheveux dont les femmes font un si fréquent usage : il est préférable de ne jamais s'en servir.

Teintures et cosmétiques. — On peut dire d'une manière générale qu'il faut toujours déconseiller l'emploi des teintures. Théoriquement, tout ce qui peut modifier les conditions normales d'existence du cheveu lui est nuisible. Cependant, nous devons reconnaître que dans certains cas de séborrhée du cuir chevelu, nous avons vu les teintures à base de suc d'écorces vertes de noix ou à base de henné modifier en bien l'état du cuir chevelu et arrêter la chute des cheveux. Nous avons également essayé dans les mêmes conditions, et guidé par une idée théorique, l'eau oxygénée : mais ce produit ne nous a jamais donné que des mécomptes.

Quant aux autres cosmétiques si nombreux que l'industrie préconise sous tant de noms aussi divers que séduisants, nous ne pouvons les recommander. Il faudrait pour cela en connaître la composition exacte, et leurs inventeurs gardent soigneusement leur secret, qui n'est le plus souvent que l'adaptation à la parfumerie d'une formule connue. Beaucoup sont excellents : mais bien évidemment ils ne le sont que pour certaines personnes, car les qualités des cuirs chevelus sont différentes, et, comme la composition de ces préparations est un mystère, on ne peut dire dans quel cas on doit les employer. C'est donc, pour nous servir d'une expression vulgaire, mais juste, au petit bonheur qu'on les choisit.

Il ne faut pas que les cheveux deviennent trop secs, et quand cet inconvénient se produit il faut leur restituer un peu de graisse ou d'huile : on se sert pour cela d'huile d'amande douce, l'huile de ricin pure ou mélangée à de la moelle de bœuf préparée, aromatisée ou non avec de l'essence de bergamote, de l'essence de lavande, ou avec du baume du Pérou ; à la rigueur on peut employer l'huile antique ou l'huile de Célèbes : toutes ces préparations doivent être souvent renouvelées ; il ne faut jamais en user dès qu'elles commencent à rancir.

Quand le cuir chevelu lui-même est trop sec, et qu'il y a à sa surface quelques pellicules, il est indiqué de le lubrifier : nous employons pour cela ou bien de l'huile comme pour les cheveux, ou bien une pommade composée soit de vaseline pure, soit d'un mélange de moelle de bœuf, 20 grammes, pour huile de ricin, 10 grammes, parfum *ad libitum*, etc.[1]. Pour appliquer ces substances, quand il s'agit de personnes portant les cheveux très courts, il n'y a rien de plus simple : on en prend une petite quantité ; on en enduit le cuir chevelu soit directement avec les doigts, soit avec les paumes des mains que l'on a imprégnées de la préparation que l'on

[1] Quand on emploie des préparations susceptibles de rancir, il faut avoir soin de les renouveler avant qu'elles aient subi cette modification.

emploie, soit avec unpetit tampon d'ouate hydrophile, soit avec un petit tampon de flanelle propre ; quand le cuir chevelu dans sa totalité est suffisamment lubrifié, on prend un mouchoir propre que l'on déploie et que l'on froisse entre les mains de manière à en faire un tampon, ou une serviette éponge, et on la passe fortement sur le cuir chevelu en allant toujours dans le sens des cheveux, de manière à enlever l'excès de cosmétique.

Quand il s'agit d'une femme ou d'un homme portant les cheveux longs, l'application dont nous parlons est beaucoup plus compliquée et minutieuse, surtout si l'on ne veut pas trop encrasser la tête. On y arrive en écartant les cheveux suivant des raies très rapprochées les unes des autres, et en déposant sur le cuir chevelu lui-même au fond de chaque raie un peu de la pommade en question, soit avec le bout du doigt, soit avec des tampons d'ouate hydrophile roulés au bout d'allumettes en bois, dont on a une provision préparée d'avance, car il faut en changer souvent. Lorsqu'on a mis ainsi un peu de pommade au fond d'une raie dans une étendue de 5 à 6 centimètres environ, on passe sur les points lubrifiés un petit tampon d'ouate hydrophile sèche roulé en boulette entre le pouce et l'index, de manière à enlever l'excès de pommade et les impuretés qu'il peut y avoir sur le cuir chevelu ; on essuie ainsi les cheveux. On a toujours le soin en le faisant d'agir dans le sens des cheveux et non à rebrousse-poil ; la formule, en un mot, est, non pas de déposer de la pommade sur le cuir chevelu, mais de nettoyer le cuir chevelu avec cette pommade : si elle est trop dure, comme cela arrive parfois en hiver, on la liquéfie au bain-marie. On dirige les raies sur tout le vertex dans le sens rectiligne postéro-antérieur, puis on fait partir tout autour de ce plateau central une série de raies, un peu obliques de haut en bas, d'avant en arrière pour les régions temporales, verticales pour les régions occipitales, et, pour toutes ces régions latérales et postérieures du cuir chevelu, on se dirige de haut en bas.

Telle est la manière dont on doit procéder quand on veut lubrifier intelligemment un cuir chevelu sec ; telle est également d'après nous la meilleure façon d'agir sur les pellicules et de les enlever ; mais alors il est préférable d'incorporer aux excipients dont nous venons de parler certaines substances actives dont nous dirons quelques mots au traitement de l'alopécie prématurée idiopathique et de l'alopécie séborrhéique.

Quand il s'agit de ne mettre qu'un peu de corps gras sur des cheveux trop secs, on ne se sert d'ordinaire, comme nous l'avons dit plus haut, que de préparations huileuses, et il faut n'en employer que des quantités infinitésimales. Nous recommandons, par exemple, pour les femmes, de rouler doucement les cheveux entre les mains préalablement enduites de quelques gouttes d'huile, jusqu'à ce qu'ils aient perdu leur aspect terne, leur dureté, qu'ils soient devenus souples et brillants ; mais il faut bien se garder de les enduire d'une quantité d'huile suffisante pour les aplatir et les rendre collants et visqueux. Il vaut mieux répéter fréquemment cette petite opération et n'appliquer chaque fois qu'un minimum de corps gras. Ce n'est qu'en agissant ainsi qu'avec les modes actuelles les femmes consentiront à suivre ces règles d'hygiène.

Quand on trouve que, soit spontanément, soit à la suite d'applications mal faites de cosmétiques, les cheveux sont devenus trop gras, on peut les laver à grande eau (voir plus haut). Mais si le cuir chevelu n'est vraiment pas trop sale, s'il ne s'agit que de dégraisser un peu les cheveux, on peut se contenter, et c'est souvent préférable au point de vue de leur conservation, de passer sur eux des préparations dégraissantes. Celles que nous recommandons le plus sont : d'abord et avant

tout l'éther de pétrole (pétrole à 0,70), qui est excellent pour le nettoyage et la conservation des cheveux, mais qui a le grand défaut d'être fort inflammable ; aussi a-t-il causé plusieurs accidents mortels ; quand on l'emploie, il ne faut pas, comme le font les coiffeurs, en inonder la tête entière; il faut soulever les cheveux, les placer sur la main gauche, et avec un tampon d'ouate ou de flanelle imbibé d'éther de pétrole, légèrement exprimé et tenu de la main droite, frotter doucement les cheveux : cette manœuvre ne doit, en outre, être exécutée qu'en plein jour, dans une pièce ou il n'y a ni feu allumé, ni lumière d'aucune sorte.

Comme excellents succédanés de l'éther de pétrole, nous prescrivons fréquemment l'acétone, la liqueur d'Hoffmann, l'eau sédative de Raspail, coupée de 5 à 6 fois son volume d'eau, préparation qui a l'avantage, comme les trois suivantes d'ailleurs, d'éclaircir les cheveux que les préparations huileuses ont foncés et de leur donner une légère teinte rousse, les solutions de borate de soude ou de bicarbonate de soude, aux doses de 5 à 20 p. 100, les solutions de cristaux de soude ; enfin la préparation suivante, qui convient parfaitement aux brunes :

Ammoniaque liquide.	10 grammes.
Rhum	40 —
Eau de feuilles de noyer faible	200 —

Quand c'est le cuir chevelu qui semble être trop graisseux, on passe de petites boulettes d'ouate hydrophile imbibées des préparations siccatives précédentes et légèrement exprimées sur le cuir chevelu lui-même en écartant les cheveux suivant des raies, d'après la méthode que nous avons indiquée pour l'application des pommades.

C. — Cosmétiques

On désigne sous le nom de *cosmétiques* toutes les substances, dues ou non à l'art des parfumeurs, que l'on emploie pour entretenir ou pour augmenter la beauté du corps. Nous nous bornerons dans ce chapitre à donner quelques indications sommaires, car l'étude des cosmétiques est fort étendue, des plus complexes, et est surtout du domaine de la chimie et de l'hygiène. Il est cependant des notions que tout praticien doit connaître sous peine de commettre de regrettables erreurs.

On trouvera tout ce que nous avons à dire sur les cosmétiques des cheveux et de la barbe à l'article précédent *Hygiène de la chevelure*, et à l'article *Alopécie prématurée idiopathique* pour les pommades, les huiles et les lotions ; nous renvoyons à l'article *canitie* pour les teintures.

On doit se reporter aux articles *Acné, Couperose, Comédons, Eczéma, Pityriasis simplex,* pour la nomenclature de toutes les préparations que l'on prescrit dans les cas où ces diverses affections ne sont que fort peu développées et exigent plutôt des soins de toilette minutieux qu'une médication réellement active.

Cosmétiques pour le visage. — Tout le monde sait que beaucoup de femmes se lavent la figure avec du lait frais, et la poitrine, les seins et même tout le corps avec de l'eau froide préalablement bouillie, qu'elles entretiennent ainsi la fraîcheur du teint et la fermeté des chairs. Ce sont là les meilleurs cosmétiques.

On peut considérer comme une préparation inoffensive le fameux *lait virginal* dont voici une formule :

Eau de rose	900 grammes.
Teinture de myrrhe	
Teinture d'opoponax	ãã 10 —
Teinture de benjoin	
Teinture de quillaja	q. s. p. émulsionner.
Essence de citron	4 grammes.

on en met quelques gouttes dans l'eau de toilette.

Le lait antéphélique que l'on emploie si communément contre les taches de rousseur contient, d'après Réveil, du bichlorure d'hydrargyre, de l'oxyde de plomb hydraté, du camphre, de l'acide sulfurique et de l'eau.

Le cold-cream (voir *Cérats*), la vaseline pure dont on fait tant d'usage n'ont pas de grands inconvénients.

Il n'en est pas de même de la poudre de riz des parfumeurs qui renferme toute sorte de substances étrangères. Elle rend la peau sèche, rugueuse, inégale. Il faut conseiller aux malades de se servir de poudre d'amidon ordinaire, mélangée d'un peu de carbonate de magnésie, ou bien, comme cette poudre n'est pas adhérente, de mettre d'abord sur la peau une couche fort légère de cold-cream très frais ou un mélange de glycérine neutre pure et d'eau distillée, puis d'essuyer avec un linge fin de façon à ne laisser qu'un soupçon de corps gras, enfin de poudrer avec de l'amidon qui dès lors adhère aux téguments.

W. Stengelin donne les deux formules suivantes pour le cold-cream à la rose :

Huile d'amande douce	120 grammes.
Cire blanche	30 —
Blanc de baleine	22 —
Eau distillée	45 —
Essence de bergamotte	ãã V gouttes.
Essence de rose	

ou bien :

Huile d'amande douce	150 grammes.
Cire blanche	ãã 30 —
Blanc de baleine	
Acide borique	1gr,38
Eau de rose	60 grammes.
Essence de rose	V gouttes.

Dissolvez la cire et le spermaceti au bain-marie et ajoutez petit à petit l'huile d'amande. Otez du bain-marie et additionnez l'acide borique dissous dans l'eau de rose. N'ajoutez l'essence qu'après refroidissement presque complet. Mettez dans le flacon après avoir agité énergiquement jusqu'à refroidissement.

Voici une lotion que C. James prescrivait pour empêcher le développement des rides :

Eau de rose	200 grammes.
Lait d'amandes épais	50 —
Sulfate d'alumine	4 —

Faire bien dissoudre et filtrer.

On a employé dans le même but, pour raffermir les chairs, des bains d'arsenic, des bains dans lesquels on mettait :

Vinaigre fort	ãã 200 grammes.
Teinture de benjoin	
Teinture de rose rouge	

Contre les *rugosités de la peau,* outre le glycérolé d'amidon, le cold-cream frais et les diverses préparations que nous avons déjà indiquées et que l'on applique pendant la nuit en les recouvrant ou non de masques et de gants de peau fine et blanche, on a prescrit de se laver à l'eau de Vichy, et de frotter matin et soir les points malades avec quelques gouttes du mélange suivant :

Eau de rose	100 grammes.
Glycérine neutre à 30°	20 —
Tannin	0gr,50.

Startin recommande de faire trois fois par jour des lotions avec :

Eau de fleurs d'oranger	1 litre.
Glycérine de Price	50 grammes.
Borate de soude	10 —

puis de recouvrir de fine poudre de riz.

Comme *fard* blanc on peut se servir des deux formules suivantes :

Sous-chlorure de bismuth	100 grammes.
Talc de Venise pulvérisé	ãã 60 —
Axonge	
Blanc de baleine	20 —
Glycérine pure	40 —

ou bien :

Eau de rose	500 grammes.
Sous-chlorure de bismuth	ãã 100 —
Glycérine pure	

M. s. a.

Triturer et mélanger longtemps. Conserver dans des flacons bien bouchés, et agiter avant de s'en servir.

Le mélange d'oxyde de zinc et de sous-nitrate de bismuth donne aussi de bonnes préparations.

Il faut se défier des fards blancs à base de céruse (blanc de Krems, ou blanc d'albâtre), lesquels sont toujours fort employés, surtout par les artistes, pour leurs épaules, leurs mains et leurs bras, car ils couvrent fort bien : ils peuvent causer des intoxications saturnines.

Quand on veut avoir des fards roses, on incorpore aux diverses préparations de la cochenille ou de l'orcanette, du carmin, de l'éosine, du carthame, du bois du Brésil, etc... Il faut éviter ceux qui renferment du cinabre.

Voici la formule d'un cérat rouge pour les lèvres :

Paraffine	80 grammes.
Vaseline liquide	80 —
Extrait éthéré d'orcanette	0gr,50
Essence de bergamotte ou de citron	1 gramme.

M. s. a.

On a aussi préparé un fard à base d'alloxane, corps blanc qui mis en contact avec la peau prend au bout d'un certain temps une belle coloration rosée probablement en se transformant en murexide.

— Les fards bleus pour simuler les veines sont d'ordinaire inoffensifs et renferment soit de l'indigo, soit du bleu de cobalt, soit du bleu de Prusse, soit de la lazulite pulvérisée, du talc et de la gomme (voir plus loin les procédés employés pour colorer les poudres et les pommades).

Nous n'avons pas à nous occuper ici des cosmétiques si nombreux dont on se sert pour la propreté de la bouche, des gencives, des dents, pour combattre la fétidité de l'haleine.

Cosmétiques pour les mains. — Les cosmétiques des *mains* sont analogues à ceux de la figure. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il ne faut se servir que de savons de toilette exempts d'excès d'alcali, ou bien de pâte d'amandes, de mie de pain, etc... (voir articles *Savons*).

Voici par exemple une formule de pâte d'amandes pour les mains :

Amandes douces et amères pilées	250	grammes.
Jus de citron	60	—
Lait	30	—
Huile d'amande douce	90	—
Eau-de-vie à 20°	180	—

M. s. a.

On peut recommander la préparation suivante aux personnes qui ont les mains rouges ou bien qui s'exposent au froid ; elles l'appliquent pendant la nuit :

Lanoline	60	grammes.
Huile d'amande douce	50	—
Vanilline	0gr,10	
Essence de rose	X	gouttes.

Pour polir les ongles on se sert d'un polissoir en cuir. La meilleure poudre pour les ongles est composée d'oxyde d'étain pur, parfumé avec de l'essence de lavande et coloré avec du carmin (Coulier).

Il n'entre le plus souvent dans les cosmétiques que des quantités de parfums assez faibles pour ne pas être nuisibles : aussi laisserons-nous de côté ce point particulier.

Brooke, puis Unna, Rausch, etc... ont proposé de donner aux poudres, aux pommades et aux pâtes médicamenteuses la coloration des téguments normaux. Brooke a posé en principe que pour y arriver il faut employer un mélange de blanc, de rouge et de jaune. Unna a utilisé dans ce but comme couleur blanche, l'oxyde de zinc, la céruse ou l'oxychlorure de bismuth, comme jaune l'ocre blanc, l'ichthyol, la terre d'ombre, comme rouge le bol rouge ou le vermillon.

Voici par exemple une formule de poudre colorée d'Unna :

Oxyde de zinc	2	grammes.
Carbonate de magnésie	3	—
Bol blanc	3	—
Bol rouge	2	—
Fécule de riz	10	—

Rausch emploie le bol rouge d'Arménie à doses infinitésimales de 1/150 à 1/300 à peine pour colorer les pâtes et les pommades de zinc. Il conseille d'ajouter aux pâtes de zinc ichthyolées que nous employons tant à l'heure actuelle de petites doses d'éosine (environ XVI gouttes d'une solution au 500e pour une masse de 40 grammes de pâte renfermant une partie d'ichthyol, XXIV gouttes s'il y a deux parties d'ichthyol, XL gouttes s'il y a quatre parties d'ichthyol, etc...) afin de lui donner une teinte plus analogue à celle des téguments. Pour colorer les colles de zinc il combine l'éosine et le bol rouge d'Arménie.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT GÉNÉRAL PROPREMENT DIT DES DERMATOSES

I. — TRAITEMENT INTERNE

Le traitement interne des dermatoses varie suivant chaque sujet. Pour l'instituer d'une manière rationnelle, il convient d'examiner à fond le malade, puis de formuler les prescriptions nécessaires pour : 1° favoriser le bon fonctionnement de tous les organes ; 2° modifier le terrain ; 3° instituer une médication spécifique de la dermatose s'il y a lieu.

1° Favoriser le bon fonctionnement de tous les organes. — Nous ne reviendrons pas encore ici sur cette question que nous avons déjà schématisée au chapitre hygiène générale et qui d'ailleurs sort du cadre de cet ouvrage spécial.

Mais nous devons insister d'une manière toute particulière sur la nécessité qu'il y a, dans beaucoup de dermatoses graves, prenant des allures envahissantes et s'accompagnant d'états généraux assez sérieux, à mettre le malade pendant quelque temps au régime lacté complet avec grands lavages quotidiens ou bi-quotidiens du tube digestif.

Toutes les fois que nous sommes en présence d'un eczéma suraigu à marche rapidement envahissante, avec érythématose accentuée, d'un psoriasis extensif ayant de la tendance à l'érythrodermie généralisée, d'une dermatite polymorphe douloureuse au début, etc..., surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet arthritique soit acquis, soit héréditaire, nous pratiquons ce que nous appelons « *le lavage de l'organisme* ». Nous lui prescrivons de se mettre pendant huit ou dix jours au régime lacté complet : de 2 litres et demi à 3 litres et demi de très bon lait par vingt-quatre heures pour un homme, de 2 litres à 2 litres et demi pour une femme ; le prendre par grandes tasses toutes les heures et demie d'une manière régulière ; après chaque tasse se rincer la bouche avec une eau alcaline quelconque et en avaler une gorgée. En outre tous les matins, et si les urines sont rares, matin et soir, faire, d'après le

mode opératoire connu, un grand lavage de l'intestin avec un litre ou un litre et demi d'eau bouillie.

Quand c'est utile on continue cette prescription pendant deux ou trois semaines. Dans la majorité des cas, huit jours suffisent pour modifier en bien la marche générale de la dermatose; puis on prend un régime lacté mitigé en se conformant à toutes les prescriptions diététiques que nous avons formulées plus haut. Chez les sujets fortement entachés d'arthritisme et orientés du côté réactions cutanées il est bon de leur faire suivre pendant assez longtemps ce même régime de *lavage* huit ou dix jours par mois. Une de nos ordonnances favorites consiste à le prescrire du 1er au 5 et du 15 au 20 de chaque mois.

Lorsque le lait est mal toléré on peut le remplacer par le képhyr n° 2, ou par le lait caillé.

Depuis que nous avons adopté cette méthode générale de lavage de l'organisme, méthode que nous complétons si c'est utile par l'emploi de diurétiques doux et de laxatifs légers, tout en ne nous servant en outre au point de vue local que de topiques inoffensifs, poudres inertes abondantes, axonge fraîche, cold-cream frais, liniment oléo-calcaire frais, nous avons l'intime conviction d'avoir arrêté la marche de beaucoup de dermatoses graves, et d'avoir en particulier empêché le développement de plusieurs grandes érythrodermies.

Cette méthode demande quelquefois, mais très rarement, à être complétée par de grandes injections de sérum chirurgical, c'est-à-dire par le lavage direct du sang. Ce procédé est parfois un peu perturbateur; il doit être employé dans les cas avérés de septicémie.

Un des grands avantages des lavages de l'organisme que nous venons de conseiller est de diminuer dans certains cas les fermentations intestinales, fermentations qui sont, d'après nous, la cause première d'un grand nombre de dermatoses rebelles. Nous arrivons surtout à *désinfecter l'intestin* par le régime végétarien absolu.

Les recherches récentes de Henry Tissier (voir *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XXII, mai 1905) nous font espérer que l'on pourra arriver à obtenir la *désinfection de l'intestin* d'une manière beaucoup plus simple et beaucoup plus rationnelle, en *transformant la flore intestinale*, par l'ingestion de cultures pures de microbes ayant, la propriété d'empêcher le développement dans l'intestin des espèces nuisibles.

2° Modifier le terrain. — La méthode de lavage général que nous venons d'indiquer est un des meilleurs moyens que nous ayons de purifier l'organisme, et, à ce titre, elle se recommande chez les goutteux et les arthritiques avérés ; mais elle est difficilement acceptée en pratique. Voici comment nous formulons les diverses médications générales destinées à modifier le terrain des malades atteints de dermatoses se reliant intimement à un mauvais état de l'organisme.

a) *S'il s'agit d'un arthritique sans manifestations goutteuses vraies :*

1° Régime alimentaire approprié; pas de café, de thé, de liqueurs, d'alcools, de vin pur, pas de charcuterie, de poissons conservés, de crustacés, de coquilles de mer, de gibier, de truffes, de pâtés, d'aliments trop épicés, d'oseille, de tomates, d'épinards, de haricots verts ; pas de fruits acides, s'il est un hyperacide ; boire aux repas suivant les indications, et suivant l'état de l'estomac, Evian, ou Pougues (Saint-Léger), ou Royat (Saint-Mart) ou Alet.

2° *S'il est hyperacide :*

Prendre du 1er au 8 de chaque mois, à jeun, une heure avant chaque repas, un verre d'eau de Vichy (Célestins) ; du 15 au 22 de chaque mois, prendre de la même manière Contrexéville ou Vittel.

Le reste du temps, du 8 au 15 et du 22 au 30, prendre de la même manière deux verres par jour d'une tisane diurétique quelconque (chiendent, queue de cerises, gallium aparine, etc...), dans laquelle on mettra par litre deux grammes de bicarbonate de soude et 50 centigrammes de carbonate de lithine.

3° *S'il est hypoacide :*

Prendre du jus de citron, de 2 à 6 citrons par jour exprimés ; ou bien prendre aux repas de une à trois cuillerées à café de la solution d'acide phosphorique de Joulie-Cautru.

Acide phosphorique officinal	17 grammes.
Eau distillée	250 —

Avec ou sans 34 grammes de phosphate de soude si le malade est débilité. (Se défier quand on prescrit ce médicament de l'intolérance gastrique du sujet.)

b) *S'il s'agit d'un goutteux avéré :*

1° Lui prescrire les mêmes eaux minérales que ci-dessus ;

2° En outre lui donner trois semaines sur quatre les médicaments suivants :

Les trois premiers jours de chaque semaine, prendre au commencement de chaque repas une des pilules ci-dessous :

Bromhydrate de quinine.	8 centigrammes.
Poudre de feuilles de digitale. . . . .)	ââ de 5 milligrammes
Extrait de semences de colchique . . .)	à 1 centigramme.
Excipient et glycérine.	q. s.

Pour une pilule : F. s. a. 40 pil. sembl.

Les quatre autres jours de la semaine prendre une préparation lithinée quelconque, de préférence le carbonate, car le benzoate de lithine provoque dans quelques cas des poussées éruptives.

Ces prescriptions doivent être modifiées comme quantité suivant le poids et l'âge du sujet, comme associations pharmaceutiques suivant les conditions accessoires que présente le malade : s'il a de la tendance aux congestions veineuses, aux hémorrhoïdes et aux dilatations vasculaires, comme c'est si fréquent chez ces sujets, on y associe de l'hamamélis, s'il a de la dépression nerveuse, des phosphates ou des glycérophosphates. S'il a une tendance marquée à l'artériosclérose on lui fait prendre pendant une semaine par mois de l'iodure de sodium à la dose de 1 gramme par jour.

Si son foie fonctionne mal, on lui donne le soir par séries de quatre à cinq jours séparées par huit ou dix jours de repos, de 3 à 6 centigrammes de calomel dans un peu de lait, etc.

Lorsque le malade a eu la syphilis, il faut en tenir toujours compte dans la direction générale de la médication.

c) *S'il s'agit d'un sujet lymphatique,* issu de parents tuberculeux ou hérédo-syphilitique, il faut modifier sa constitution par le séjour au grand air, l'aérothérapie ; on lui fera prendre suivant les indications, suivant la tolérance stomacale, l'huile de foie de morue pure ou iodée, le sirop iodo-tannique, les diverses préparations pharmaceutiques connues d'iode, d'arsenic, de phosphates ou de glycérophosphates.

d) *Les anémiques* seront traités par des moyens analogues, phosphates, glycérophosphates, hypophosphites, arsenicaux, préparations de quinquina, de gentiane, tisanes amères (houblon, petite centaurée, quassia amara), et au besoin par des préparations d'hémoglobine : les personnes sujettes aux affections cutanées ne supportent pas toujours très bien les préparations ferrugineuses.

e) *Les névropathes* devront, toutes les fois que c'est possible, être traités par le changement de milieu, par l'isolement, c'est-à-dire par l'extériorisation de toutes les conditions d'existence et de vie commune qui ont peu à peu développé l'état morbide. Quand ce n'est pas possible, on tâchera de leur faire faire de l'exercice corporel régulier progressif, surtout au dehors, à la rigueur en chambre, on leur prescrira de l'hydrothérapie sédative, des bains de lumière, des bains statiques secs sans effluves ni étincelle, enfin on leur donnera de la valériane ou du valérianate. Nous formulons souvent dans ces cas les pilules suivantes :

Extrait de valériane	10 centigrammes.
Valérianate de zinc.	2 —
Excipient et glycérine, ...	q. s.

Pour une pilule : F. s. a. 40 pil. sembl. (de 2 à 6 par jour).

Nous y ajoutons un centigramme d'extrait de jusquiame quand le malade est atteint de dermatoses prurigineuses.

Ce n'est qu'en cas d'absolue nécessité que l'on donne les Bromures[1] qui peuvent provoquer des éruptions artificielles. On doit également être parcimonieux des hypnotiques, chloral, hypnal, sulfonal, bromidia, etc., dont ils sont enclins à abuser. Toutes ces substances fatiguent le tube digestif, détériorent l'état général, et peuvent provoquer des éruptions.

f) Lorsque des dermatoses se développent chez des sujets profondément entachés de paludisme, lorsqu'elles sont rebelles, et qu'elles présentent des poussées congestives intermittentes, il est indiqué de les traiter comme des manifestations palustres larvées et d'administrer de fortes doses de quinine, ou des préparations arsenicales.

3° Instituer une médication spécifique de la dermatose s'il y a lieu. — Les anciens dermatologistes croyaient qu'il existait un médicament spécifique pour chaque affection cutanée, c'est-à-dire un médicament dont l'action curative aurait été analogue à celle du mercure dans la syphilis par exemple. Ce que nous avons dit à propos de l'étiologie et de la pathogénie des dermatoses doit faire comprendre qu'il est loin d'en être ainsi.

Pour les réactions cutanées pures en particulier, il n'y a point de médication spécifique; il ne peut y en avoir. La seule médication générale rationnelle consiste, comme nous venons de le dire plus haut, à modifier le terrain et à laver le malade.

Les théories que nous avons émises à propos de la nature intime de ces dermatoses, expliquent ces faits en apparence paradoxaux dans lesquels on voit des urticaires, des prurits rebelles à toute médication locale et générale, disparaître en quelques jours quand le sujet est transporté au grand air dans de hautes altitudes, en dehors de tout souci, de tout surmenage, de toute préoccupation.

Dans ces dermatoses d'origine arthritique et nerveuse, le vrai spécifique, c'est le

[1] Il en est de même pour les iodures qui donnent souvent lieu à des éruptions acnéiques ou érythémateuses, ou même anthracoïdes. Ceci comme correctif à ce que nous avons dit plus haut.

lavage de l'organisme que nous avons formulé plus haut et la vie calme au grand air.

L'*arsenic* qui a été si longtemps regardé comme le médicament spécifique des dermatoses d'origine interne, doit être franchement laissé de côté dans la plupart des cas. Il a cependant quelques précieuses propriétés qu'il faut savoir utiliser : il agit réellement sur la couche muqueuse de l'épiderme : il est indiqué dans toutes les dermatoses sèches, squameuses, non inflammatoires.

Il est par contre formellement contre-indiqué toutes les fois qu'il existe un élément congestif, lorsqu'une affection cutanée est en voie d'extension rapide.

Il peut rendre des services dans certains cas de psoriasis torpides, dans le lichen plan à marche lente et chronique, dans certains prurits circonscrits avec lichénification, peut-être dans certaines dermatites polymorphes douloureuses.

Il faut redouter, quand on le donne, la formation de pigmentations foncées aux régions où existent les dermatoses, et surtout de kératodermies palmaires et plantaires des plus rebelles.

Quand nous le prescrivons, nous le donnons sous la forme d'arséniate de soude en solution aqueuse : par exemple de une à six cuillerées à café par jour de la solution suivante :

Arseniate de soude.	10 centigrammes.
Eau distillée de laurier cerise.	25 grammes.
Eau distillée	225 —

On commence par de faibles doses, on les augmente progressivement, on continue pendant un certain temps les doses maxima, puis on les diminue graduellement : on cesse le médicament pendant quelques jours, puis on recommence une nouvelle série. On interrompt s'il se produit le moindre phénomène d'intoxication, exanthèmes, coryza, rougeur des yeux et des paupières, maux d'estomac, diarrhée, etc.).

On le donne soit au commencement, soit au milieu, soit à la fin du repas, suivant les tolérances individuelles.

On peut également prescrire la liqueur de Fowler à des doses qui varient de deux à dix gouttes par jour.

Dans ces derniers temps on a substitué à l'arsenic les cacodylates et l'arrhénal.

Les cacodylates ingérés par la bouche provoquent souvent des troubles gastro-intestinaux et développent chez le sujet qui en fait usage une odeur alliacée de l'haleine des plus désagréables ; aussi l'emploie-t-on d'ordinaire en injections sous-cutanées à des doses qui varient de 2 à 10 centigrammes par injection. Dans des cas rebelles on a pu en injecter jusqu'à 20, 30, et même 60 centigrammes par jour.

L'arrhénal peut s'ingérer par la bouche sans grands inconvénients à des doses analogues à celles du cacodylate.

Il est encore impossible de dire si l'engoûment du public et du médecin pour ces substances est justifié. Il nous a paru que les injections de cacodylate de soude avaient modifié heureusement des cas de dermatite polymorphe douloureuse, des cas de lichen plan, de parapsoriasis lichénoïde, de mycosis fongoïde, de sarcomatose cutanée et d'épithéliome. Ajoutons, pour être justes et complets, que l'arsenic sous ses formes ordinaires est la substance qui semble le mieux convenir dans ces trois dernières affections.

On voit en somme que bien qu'il soit détrôné de son rôle prépondérant en thérapeutique dermatologique, l'arsenic y joue encore un rôle considérable.

A mesure que diminuait le rôle de l'arsenic dans le traitement des affections auxquelles nous donnons maintenant le nom de réactions cutanées, d'autres médicaments faisaient leur apparition.

Dans les formes inflammatoires extensives, les Anglais administrent le *tartre stibié* à des doses infinitésimales, répétées, de 1 à 3 ou 5 milligrammes trois fois par jour. Cette substance nous a paru produire parfois certains bons effets dans les poussées aiguës, précisément lorsque l'arsenic est contre-indiqué. Mais il faut se défier des intolérances gastro-intestinales de certains malades, et peut-être de l'accumulation.

Les médicaments vaso-moteurs ont pris une importance très grande et parfaitement justifiée dans toutes les dermatoses congestives : nous donnons fort souvent dans ces cas à doses minimes fractionnées, répétées plusieurs fois par jour, la quinine associée à l'ergotine, à la digitale, à la belladone, au drosera, à l'hamamelis. Ces substances sont indiquées dans les urticaires, dans les érythèmes surtout quand ils ont une tendance exsudative, dans les dermatites polymorphes douloureuses, dans les eczémas à poussées érysipélatoïdes, etc.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance réelle de ces préparations en thérapeutique dermatologique. La quinine à hautes doses agit très bien dans certaines urticaires aiguës, surtout quand elles sont d'origine palustre, et dans les formes superficielles et aberrantes du lupus érythémateux ; à doses faibles, fractionnées, et souvent répétées, elle modifie les urticaires chroniques et les dermatoses qui présentent un élément urticarien dans leur évolution : elle abrège et modère les poussées érysipélatoïdes de l'eczéma goutteux et les poussées d'érythème polymorphe, elle modifie dans une certaine mesure des cas d'asphyxie locale et de gangrène symétrique des extrémités.

Nous avons vu plus haut qu'elle peut intervenir utilement comme médicament anti-arthritique dans les dermatoses chroniques rebelles.

Ajoutons que ce médicament si utile doit, comme beaucoup d'autres d'ailleurs, être presque toujours donné par périodes de trois à six jours séparées par des intervalles de repos. Trop longtemps continué, il peut fatiguer l'organisme et provoquer des poussées éruptives. Il y a des personnes qui ne peuvent tolérer la quinine, et chez lesquelles ce médicament produit tout de suite des exanthèmes.

Dans les prurits on a beaucoup préconisé l'antipyrine qui les modifie fort heureusement lorsqu'elle est tolérée ; — mais on sait que cette substance, plus encore que la quinine, peut donner naissance à de multiples éruptions. Lorsqu'elle n'est pas supportée, on la remplace par le citrophène, par les *acides*, acide phénique, acide citrique, acide lactique, etc..., par la belladone à doses fractionnées infinitésimales, médicament des plus précieux dans certains cas, etc... (voir *Traitement des prurits*).

Parmi les remèdes auxquels on peut vraiment donner le nom de spécifiques, nous citerons :

Le mercure et l'iodure de potassium dans les manifestations cutanées de la syphilis ;

La quinine dans les manifestations cutanées de l'impaludisme ;

L'iodure de potassium dans l'érythème noueux et dans l'actinomycose ;

Les sulfures et le soufre dans l'acné et dans la furonculose ; mais surtout la levure de bière fraîche du jour même, aux doses de deux à trois grandes cuillerées à soupe par vingt-quatre heures dans la furonculose et dans l'anthrax ;

L'huile de Chaulmoogra, et peut-être l'ichthyol et l'acide phénique dans la lèpre;

La quinine et l'arsenic ou ses dérivés à très hautes doses dans les épithéliomes;

La quinine à hautes doses et peut-être l'acide phénique dans le lupus érythémateux superficiel aberrant;

Peut-être l'huile de foie de morue pure ou phosphorée dans le lupus vulgaire.

On devra se reporter à chaque dermatose pour les doses et le mode d'emploi de chacun de ces médicaments.

II. — TRAITEMENT EXTERNE DES DERMATOSES

Autrefois complètement négligé, le traitement externe des dermatoses a pris à l'heure actuelle une importance capitale, et cela à juste titre. Si l'on se reporte en effet au chapitre Étiologie et Pathogénie, on voit que, s'il est des éruptions d'origine externe pouvant guérir spontanément par la seule hygiène, il en est beaucoup au contraire dans lesquelles les irritations extérieures, le parasitisme jouent un rôle prépondérant. Il est certain d'autre part que les traumatismes, les inoculations accidentelles, la pullulation des parasites vulgaires sur une peau malade peuvent, même lorsqu'il s'agit d'une éruption d'origine interne, compliquer la scène morbide et augmenter la durée de l'affection, ce qui ne se produira que dans de bien moindres proportions si l'on fait des pansements soigneux et appropriés. L'expérience montre, de la manière la plus nette, que la médication locale est presque toujours efficace, que seule elle guérit beaucoup de dermatoses.

Nous serons cependant très succincts dans ces généralités, car le traitement local est exposé avec quelques détails à propos de chaque maladie.

Nous n'avons pas seulement à étudier les diverses substances que l'on utilise comme topiques, mais aussi leur mode d'application à la surface des téguments.

Comme l'a très bien mis en relief Darier dans sa si remarquable préface de sa traduction de l'ouvrage de Leistikow. « On s'est demandé, et Unna a été assurément un des premiers, sinon le premier, à s'engager dans cette voie, si, au lieu de chercher de nouveaux médicaments, on ne réussirait pas en modifiant le mode d'emploi de ceux que nous possédons, c'est-à-dire en variant et en perfectionnant ce qu'on peut appeler la technique du traitement. On a donc été conduit à examiner quelles différences dans leurs effets produisaient les mêmes agents médicamenteux suivant qu'on faisait varier les excipients ou véhicules et par conséquent la forme pharmaceutique des topiques employés..... »

« Pour Unna, le fait fondamental consiste en ceci; certains excipients et certaines formes pharmaceutiques permettent à la perspiration ou à l'évaporation cutanée de se faire autant qu'à l'état normal et la favorisent même dans une certaine mesure; d'autres s'y opposent et apportent à cette fonction un obstacle plus ou moins insurmontable. C'est par le mécanisme de l'évaporation cutanée que se fait la déperdition du calorique à la surface des téguments, et il est évident que les modifications de cette évaporation doivent retentir sur la température locale. La grande majorité des affections cutanées étant inflammatoires, les applications imperméables faites sur des surfaces dont la température locale est accrue, ont pour effet de les échauffer; celles au contraire qui stimulent l'évaporation rafraîchissent la surface et calment l'inflammation. En revanche les premières ont une

action pénétrante et profondément modificatrice, tandis que l'effet des secondes est exclusivement superficiel et palliatif..... »

« ..... Ce n'est pas en théorie seulement, mais en pratique, que l'auteur est partisan du principe : « *La façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne.* » Aussi dans bon nombre de chapitres, après un bref résumé des indications à remplir, Leistikow groupe-t-il les médications applicables suivant la nature de la préparation ; il recommande par exemple au début les lotions, les poudres, les crèmes ; à un stade ultérieur les pâtes ou les colles de zinc; ailleurs les pommades, les emplâtres, etc... Il a soin, bien entendu, d'indiquer quels sont les médicaments actifs qui doivent figurer dans ces topiques et leur dosage; mais on sent que, pour lui, la forme prime le fond. » (Darier, *loc. cit.*, p. XVIII, XIX et XX.)

A. — Modes divers d'application des topiques sur les téguments

Il y a diverses manières de mettre les médicaments en contact avec les téguments et on doit les choisir suivant les indications.

Ils peuvent être appliqués sous leur forme naturelle.

Ils peuvent être incorporés dans des véhicules liquides, comme dans les bains, les lotions, les pulvérisations, les enveloppements, les teintures.

Ils peuvent être incorporés à des excipients mous ou solides grâce auxquels ils sont tenus en contact avec les téguments pendant un espace de temps plus ou moins long; ce sont les savons, les cataplasmes, les poudres, les pommades, les pâtes, les colles gélatines, les emplâtres, les mousselines emplâtres, les collodions, les traumaticines, les pellicules, etc...

Quelle que soit la forme sous laquelle on les emploie, qu'ils soient à l'état naturel, solubilisés ou suspendus dans des liquides, incorporés à des excipients mous, pâteux ou solides, ils peuvent être mis en contact avec les téguments par simple apposition, par onction ou par friction.

Apposition et onctions. — Il est inutile d'insister sur ces deux modes d'application. Quand le corps médicamenteux est à l'état solide on le réduit en *poudre* (voir plus loin) et on l'applique en cet état. Quand il est à l'état liquide ou pâteux on en badigeonne les points malades comme on le fait par exemple avec l'ichthyol.

Frictions. — On donne le nom de *friction* à des frottements méthodiques exercés sur une partie du corps ou sur le corps tout entier avec la main seule ou armée d'instruments variés, tels que brosses, gants, pièces de toile ou de drap, imprégnés ou non de substances diverses médicamenteuses ou non (Tartivel).

La friction est dite *sèche* quand elle est faite avec la main seule ou avec un instrument seul : elle est dite *humide* quand on emploie de plus une substance quelconque liquide ou demi-liquide. Nous n'avons pas à étudier ici les frictions au point de vue hygiénique.

On se sert parfois des frictions médicamenteuses dans certaines dermatoses rebelles, telles que le psoriasis, le lichen corné, les kératodermies, l'acné, etc..., pour décaper les plaques malades, faire pénétrer plus profondément les médicaments, ou modifier à un haut degré l'état des téguments.

Dans ces cas, on emploie surtout des savons, en particulier le savon noir, et des pommades.

Les frictions jouent également un rôle important dans le traitement de certaines dermatoses parasitaires, telles que la gale, le pityriasis versicolor, et surtout dans le traitement de la syphilis : elles constituent dans cette affection une méthode curative des plus importantes. Nous renvoyons pour plus de détails à chacune de ces affections.

a) — *Mode d'emploi des médicaments sous forme soluble, ou en suspension dans des liquides.*

L'*eau* joue un rôle des plus importants en dermatothérapie. Nous avons déjà dit à propos de l'hygiène locale de la peau que les lavages étaient tout ou presque tout. L'eau est en outre incessamment utilisée pour nettoyer les surfaces malades. Il faut employer pour cela de l'eau de pluie ou de l'eau qui a longuement bouilli et que l'on a ensuite décantée après l'avoir laissée reposer pour qu'elle perde ses propriétés irritantes dues aux corps divers qu'elle tient en dissolution.

Mais son rôle ne se borne pas à cela. Mise un certain temps en contact avec les tissus cutanés, elle fait gonfler les cellules épidermiques. Froide ou très chaude, elle fait contracter les vaisseaux cutanés; tiède ou simplement chaude, elle les dilate.

On l'utilise dans le traitement des dermatoses, sous la forme de bains, de douches, de lotions, d'enveloppements; elle entre dans la composition de certaines crèmes, onguents, liniments et colles.

Bains. — On désigne sous le nom de *bain* l'immersion plus ou moins prolongée du corps en totalité ou en partie dans un milieu liquide, solide, vaporeux ou gazeux.

En dermatologie, on ne se sert guère que des bains liquides dont la grande masse est composée d'eau pure ou additionnée de certaines substances telles que le son, l'amidon, la gélatine, etc...

Rien de plus variable que l'action du bain suivant sa durée, sa température, sa composition.

On ne doit point prescrire des bains dans toutes les dermatoses d'une manière inconsidérée. Il y a en somme peu d'affections cutanées courantes qui soient justiciables des bains tels qu'on peut les donner en ville. Ils ne réussissent pas toujours dans les pyodermites (ecthyma, impétigo, folliculites, furoncles, etc...); ils peuvent donner des poussées dans les eczémas, les dermatites exfoliatives, etc... Comme tous les dermatologistes l'ont observé, il suffit parfois de supprimer un bain habituel pour voir disparaître rapidement une dermatose rebelle (voir A. Tansard : *les Bains médicamenteux en dermatologie*, thèse de Paris, 1902).

Durée. — La durée d'un bain peut varier de quelques minutes à peine, à plusieurs jours (bains continus).

La plupart des bains que l'on prescrit dans les maladies de la peau ne doivent avoir qu'une durée assez courte, de quinze à vingt minutes.

Ce n'est que dans des circonstances spéciales, comme dans le psoriasis par exemple, que l'on prend des *bains prolongés* de plusieurs heures, et répétés chaque jour; on en fait également usage dans certaines stations minérales, à Louèche en particulier.

Les grandes dermatoses, comme le pityriasis rubra, les herpétides malignes

exfoliatives, les pemphigus foliacés, les dermatites herpétiformes, etc., se trouvent parfois très bien de l'emploi des bains continus dans lesquels les malades restent constamment pendant des semaines et même pendant des mois. Il faut alors une installation spéciale pour que la température de l'eau soit maintenue constante : le sujet est couché dans le bain sur un lit mobile que l'on peut élever et abaisser à volonté.

Température. — La température des bains que l'on donne dans les maladies de la peau doit être telle que le malade n'éprouve aucune sensation de froid ou de chaud; en somme, il faut qu'ils soient tièdes, entre 32° et 34°, et leur température doit rester constante pendant toute leur durée. Des bains trop chauds peuvent déterminer des poussées nouvelles de l'affection cutanée dont est atteint le malade, surtout lorsqu'il s'agit d'eczéma.

Composition. — La composition des bains que l'on a préconisés dans les dermatoses varie à l'infini.

Si l'on se contente de donner des bains d'eau pure, on peut avoir des résultats très différents, suivant les qualités de l'eau que l'on emploie. C'est ainsi que l'eau de pluie, l'eau de source, l'eau de rivière, l'eau de mer, l'eau peu chargée de sels, l'eau calcaire, etc..., n'ont pas des effets identiques sur les téguments. Aussi serait-il théoriquement bon de faire bouillir en totalité l'eau dont on se sert pour baigner les sujets atteints de dermatoses.

I. — *Une première grande catégorie de bains comprend les bains émollients;* en voici les principaux :

Bain de son. — 5 à 10 litres de gros son pour un bain : faire autant que possible bouillir le son dans l'eau du bain : on peut aussi mettre le son dans un gros linge fortement noué que l'on plonge dans l'eau du bain, puis que l'on presse de temps en temps : la température doit être de 32° en moyenne, et la durée de quinze à vingt minutes.

Bains d'amidon. — On prend de 500 grammes à 1 000 grammes d'amidon : on le fait d'abord gonfler à l'eau à peine tiède, puis on le délaie dans de l'eau très chaude avant de le mélanger au bain.

Bains de gélatine. — On met par bain de 250 à 500 grammes de gélatine blanche (colle de Flandre); on concasse la gélatine, on la fait tremper dans un litre d'eau froide pendant une heure, on en achève la dissolution à la chaleur et on l'ajoute à l'eau du bain.

A côté de ces trois principaux bains émollients, nous signalerons les bains de glycérine (de 500 à 1 000 grammes de glycérine par bain), les bains émollients proprement dits dont voici la formule :

Espèces émollientes.	2 000 grammes.
Graines de lin	250 —
Faire bouillir le tout dans :	
Eau commune.	5 000 —

Passez à travers un linge avec forte expression; versez dans une quantité suffisante d'eau chaude pour un bain général.

Pour les bains de camomille, de tilleul, etc..., etc..., on fait bouillir 1 000 grammes de ces diverses substances dans 5 litres d'eau : on passe, et on ajoute au bain.

II. — Dans une *deuxième catégorie*, nous rangeons les bains qui renferment des substances actives pouvant amener une certaine irritation de la peau : on ne doit les employer en dermatologie qu'avec beaucoup de précautions.

Bain alcalin. — Le bain alcalin contient de 50 à 250 grammes de sous-carbonate de soude par bain; avec de faibles doses de substances alcalines, il peut être calmant (Leslie, Tansard); avec de fortes doses, il devient irritant; les faibles doses sont presque toujours suffisantes pour obtenir l'effet utile. Ils sont indiqués dans les psoriasis, les séborrhées, les séborrhéides, chez les personnes qui ont la peau huileuse. On peut les donner encore avec le borate de soude (environ 100 grammes par bain).

Bain de Barèges. — Voici la formule exacte du bain de Barèges artificiel :

Monosulfure de sodium	60	grammes.
Chlorure de sodium	60	—
Carbonate de soude	30	—

Pour un bain.

Le *bain sulfureux* contient de 30 à 100 grammes de polysulfure de potassium solide. Les bains sulfureux sont surtout indiqués dans les psoriasis et les acnés.

On associe souvent le carbonate de soude au bain de son ou d'amidon, et la gélatine au bain sulfureux.

Le *bain de Pennès,* dont le public fait un si fréquent usage, est un bain alcalin aromatique.

Bromure de potassium	ãã	1	gramme.
Carbonate de chaux			
Carbonate de soude		300	—
Phosphate de soude		8	—
Sulfate de soude		5	—
Sulfate d'alumine		1	—
Sulfate de fer		3	—
Huile volatile de lavande	ã	1	—
Huile volatile de romarin			
Huile volatile de thym			
Teinture de staphisaigre		50	—

Les *bains salés* ont une grande efficacité dans certains cas : on les a utilisés dans le prurigo de Hébra en Amérique; voici la formule des bains d'eau de mer artificielle :

Sel marin	8	kilogrammes.
Sulfate de soude cristallisé	3 500	grammes.
Chlorure de calcium	700	—
Chlorure de magnésium	2 000	—
Eau	300	litres.

Les *bains vinaigrés* sont fort souvent employés dans les affections prurigineuses : on les fait en ajoutant un litre de vinaigre à un bain de son ou d'amidon.

Les *bains d'arsenic* contiennent de 5 à 10 grammes d'arséniate de soude par bain.

Les *bains de sublimé* rendent de grands services dans les affections parasitaires et dans certains cas de syphilis; ils contiennent par bain de 15 à 30 grammes de sublimé et de sel ammoniac pour les adultes.

Les *bains de goudron* ont été conseillés en Allemagne; Leistikow enduit d'abord tout le corps avec la mixture suivante :

Goudron de houille.	3 parties.
Alcool à 95°	2 —
Éther sulfurique.	1 —

Après dessiccation de l'enduit, le malade, selon la pratique de Lassar, doit prendre un bain d'une durée de trente minutes à plusieurs heures.

Voici la formule des bains d'huile de cade préconisés par Balzer dans le psoriasis : délayer un jaune d'œuf au mortier, ajouter lentement 50 grammes d'huile de cade, quantité suffisante d'extrait de quillaya et 250 grammes d'eau distillée: c'est ce mélange que l'on verse dans le bain.

Mibelli emploie une émulsion d'huile de cade, avec colophane, et solution de soude.

Ch. du Bois et Oltramare ont expérimenté sur une vaste échelle des bains contenant de 250 à 300 grammes d'ichthyol par bain. Suivant les susceptibilités individuelles et les maladies, ils y laissent les sujets de un quart d'heure à six heures. Ils ont obtenu de bons résultats dans la gale, les pyodermites généralisées, les prurits rebelles, les psoriasis, les séborrhéides, certains eczémas.

Bains d'eaux minérales naturelles. — Les bains d'eaux minérales naturelles sont fort employés dans les dermatoses rebelles. Ils sont généralement moins irritants que ne le ferait supposer leur composition chimique. Ces propriétés précieuses sont dues très probablement à la présence dans ces eaux de végétaux d'ordre inférieur, glairine, barégine, sulfurine, diatomées, etc... ou à une inconnue quelconque. A propos de chaque affection, nous indiquerons les stations minérales qui peuvent lui convenir.

Bains de boues minérales. — Les plus usités en France sont ceux de Dax, de Barbotan, de Saint-Amand, de Bourbonne : on les emploie fort peu dans notre pays contre les dermatoses.

Bains locaux. — Les bains locaux ne sont guère utilisés en dermatologie. Cependant, dans les éruptions artificielles, dans la dysidrose, dans les engelures ulcérées, etc., dans toutes les affections inflammatoires qui siègent aux mains et aux pieds, on prescrit avec succès des pédiluves et des manuluves d'eau de son, d'eau de guimauve, de têtes de camomille, de feuilles de noyer, etc...

Les *enveloppements* ne sont en réalité que des bains locaux.

Douches. — L'action directe des douches dans les dermatoses n'est connue que depuis peu de temps. Autrefois, on ne les utilisait que comme moyens généraux destinés à tonifier un organisme, à combattre les troubles circulatoires, surtout vers les extrémités. On employait pour cela la douche froide courte, ou la douche écossaise.

Mais dans ces derniers temps, les travaux de Beni-Barde et de Jacquet, puis nos observations et celles d'E. Besnier sont venus démontrer que nous possédons dans la douche tiède, tempérée à 34°-37°, employée sans pression, en jet brisé ou donnée avec la pomme d'arrosoir, plus ou moins prolongée selon les cas, mais presque toujours assez longue, de deux à six minutes, un moyen des plus efficaces pour combattre le prurit, et les dermatoses diverses qui en dépendent directement,

telles que les névrodermies, les névrodermites ou lichens des anciens auteurs, le lichen plan, etc...

« Il faut commencer l'opération en faisant couler l'eau sur les côtés de la colonne vertébrale pendant une ou deux minutes, avant de la localiser sur les parties du tégument qui semblent les plus atteintes. Après cette application, le malade ne doit pas être frictionné; il suffit de l'essuyer, et le plus légèrement possible. » (Beni-Barde.) (Voir pour plus de détails l'ouvrage de cet auteur : *Exposé de la méthode hydrothérapique*, p. 293 et suiv.).

Ce moyen thérapeutique demande à être manié avec une extrême habileté pour donner des résultats. Selon le sujet, selon les conditions particulières où il se trouve chaque jour, selon les régions atteintes, selon l'aspect des lésions, le doucheur doit abaisser ou élever la température, graduer la pression, augmenter ou diminuer la durée de la douche, etc.

Lotions. — On donne le nom de *lotion* au lavage pratiqué sur une partie du corps ou sur le corps tout entier dans un but d'hygiène ou de thérapeutique, au moyen de l'eau froide ou chaude, simple ou mélangée à divers principes médicamenteux (Tartivel).

Les lotions se divisent en deux grandes catégories : 1° les lotions simples; 2° les lotions médicamenteuses.

1° *Lotions simples*. — Nous n'entrerons ici dans aucun détail sur les lotions simples générales ou partielles, si utiles cependant au point de vue hygiénique et thérapeutique général.

Leur étude sort en effet du cadre de cet ouvrage : nous en avons dit quelques mots à propos de l'*Hygiène de la peau*.

2° *Lotions médicamenteuses*. — L'usage des lotions médicamenteuses est très fréquent en dermatologie. La composition du liquide employé, l'objet avec lequel on l'applique, et la façon dont on l'applique varient essentiellement suivant la maladie, et pour cela nous ne pouvons que renvoyer au traitement de chaque dermatose.

On peut se servir d'éponge pour faire les lotions, mais il faut qu'elle soit d'une absolue propreté : il est souvent préférable de prendre un linge en toile fine et usée, ou mieux encore de l'ouate hydrophile que l'on change à chaque lotion.

Pour peu que les parties malades soient enflammées, il faut bien se garder de frotter en lotionnant; on doit se contenter d'appliquer légèrement sur les téguments le linge ou l'ouate imbibés du liquide que l'on emploie : on le fait à plusieurs reprises, doucement, en y apportant la plus grande délicatesse et beaucoup de patience, de façon à ne pas écorcher et à ne pas irriter les points sur lesquels on agit. Quand on a fini, on sèche en appliquant avec précaution un linge sec, fin et usé, sur la partie malade : pour cela encore, il ne faut pas frotter.

Il est bien évident que ces conseils n'ont plus de raison d'être s'il ne s'agit pas d'une dermatose irritable.

Le but des lotions est le plus souvent de nettoyer et de déterger les surfaces malades : on fait usage dans ce cas d'eau bouillie rendue ou non légèrement antiseptique par de faibles doses d'acide borique, d'acide phénique ou de résorcine. Elles peuvent aussi être destinées à calmer l'inflammation; elles prennent alors les noms de lotions émollientes, sédatives, antiphlogistiques. Elles se préparent en faisant bouillir de l'eau avec du sureau, de la guimauve, de la graine de lin, du

son, de l'amidon, des têtes de camomille, des têtes de pavot, etc... On les emploie à la température du corps.

Parfois, elles sont destinées à exercer une certaine action astringente sur les téguments; on les prépare alors avec de la racine d'aunée, de la feuille de noyer, de l'écorce de chêne, du tannin, etc...

Parfois, elles sont destinées à calmer le prurit, comme les lotions qui contiennent par litre de 1 à 5 grammes de salicylate ou de bicarbonate de soude, de 2 à 5 grammes de boroborate de soude, de 5 à 10 grammes d'ichthyol, etc..., les lotions au bichlorure de mercure, au cyanure de potassium, etc., etc.; on doit les prescrire alors soit très chaudes, soit au contraire très froides.

Parfois enfin, elles sont curatives de certaines affections comme, par exemple, les lotions au bichlorure de mercure dans la phtiriase, les lotions sulfureuses, les lotions au pétrole dans la gale, etc., etc... Dans ces cas, lorsqu'on a à traiter des téguments qui ne sont pas irrités, les liquides médicamenteux doivent être appliqués avec une certaine violence sur les tissus, de telle sorte que l'on fait en réalité des frictions (voir plus haut).

Pulvérisation. — Dans la *pulvérisation*, on fait agir sur les parties malades des liquides réduits en parcelles extrêmement fines. Pour traiter par la pulvérisation, il faut donc avant tout un pulvérisateur.

Le pulvérisateur par excellence est l'appareil connu sous le nom de *bain à l'hydrofère* dont on trouvera la description dans les ouvrages spéciaux. Ces bains rendent de réels services dans certaines affections cutanées : on les donne à l'amidon dans les cas d'eczéma ; on pourrait aussi en donner au sulfure de potassium ou à d'autres solutions médicamenteuses. Malheureusement le bain à l'hydrofère nécessite une installation fort coûteuse.

La pulvérisation est rendue pratique par l'emploi de pulvérisateurs à main dont le type est le pulvérisateur à éther pour anesthésie locale, et surtout par la fabrication à bas prix de petits pulvérisateurs à vapeur.

On ne se sert guère de la pulvérisation dans les affections de la peau que pour déterger des parties malades recouvertes de croûtes et d'impuretés, ou pour calmer l'inflammation et les douleurs. On emploie pour cela de l'eau bouillie pure ou additionnée d'un peu d'acide borique. On peut aussi faire usage d'eau de têtes de pavots ou de têtes de camomille. Une pulvérisation doit durer, suivant les cas, de dix à vingt minutes ; il faut que le jet de liquide pulvérisé ne donne à la peau ni sensation de fraîcheur, ni sensation de chaleur marquées.

Enveloppement. — L'*enveloppement* consiste à recouvrir une région malade d'un tissu ou d'un enduit médicamenteux. Par abus de langage on désigne d'ordinaire sous ce nom l'application sur une région d'un tissu imperméable. On obtient ainsi un bain local.

Le type même de cette variété d'enveloppement est réalisé par l'application *directe sur les téguments* de feuilles de caoutchouc non vulcanisé ou de toile caoutchoutée. C'est Colson (de Beauvais) qui a eu le premier l'idée de cette méthode : Hardy, puis Lailler, E. Besnier la vulgarisèrent; Tenneson en perfectionna la technique. On doit avoir plusieurs feuilles à sa disposition : on les renouvelle dès qu'il s'est produit un suintement assez abondant au-dessous d'elles, et surtout lorsque le prurit renaît : on les lave soigneusement à l'eau boriquée froide, et on les fait sécher. Il est indispensable, dès que l'on enlève une feuille, de laver rapidement la partie

traitée à l'eau bouillie, et de la recouvrir immédiatement d'une autre feuille propre et sèche. Les feuilles doivent avoir exactement les dimensions des parties malades. Cette dernière condition est fort importante; car presque toujours, surtout lorsqu'il s'agit d'un eczéma, le mal traité s'étend à toute la surface recouverte par la feuille caoutchoutée. Dès que le suintement devient peu important, presque nul, il convient de remplacer ce pansement par un autre.

E. Vidal, pour supprimer dans une certaine mesure la mauvaise odeur qui se produit sous la feuille de caoutchouc, eut l'idée d'interposer entre elle et les parties malades deux ou trois doubles de tarlatane imbibée d'eau bouillie et exprimée. Cette modification et les recherches minutieuses d'E. Besnier sur ce sujet ont été le point de départ de la méthode que, depuis 1885, nous avons essayé de vulgariser et qui est actuellement adoptée par de nombreux dermatologistes : nous lui avons donné le nom d'enveloppement indirect. Elle consiste à appliquer sur les surfaces malades de la tarlatane sans apprêt ou préalablement bouillie pour enlever cet apprêt, pliée en dix ou quinze épaisseurs, que l'on trempe soit simplement dans de l'eau bouillie, soit dans une décoction quelconque, guimauve, pavot, camomille, racine d'aunée, feuilles de noyer, etc., suivant les effets que l'on veut avoir; avant de l'appliquer, on l'exprime fortement, puis on la recouvre d'un tissu imperméable quelconque, taffetas chiffon, ou taffetas gommé, ou toile caoutchoutée. Le pansement se fait deux ou trois fois par vingt-quatre heures. Si l'on ne veut pas avoir de macération des téguments, on interpose entre la tarlatane et le tissu imperméable une couche plus ou moins épaisse d'ouate hydrophile qui absorbe en partie l'humidité de la tarlatane. Enfin on peut combiner l'effet de ce pansement avec divers topiques que l'on applique d'abord sur les téguments : par exemple on les recouvre d'une couche épaisse de pâte de zinc, et c'est par-dessus cette couche de pâte que l'on applique la tarlatane, l'ouate et le taffetas chiffon [1].

On réalise ainsi un pansement extrêmement propre, pratique, qui est à la fois détersif, émollient, antiphlogistique, qui par l'addition d'un peu d'acide borique, ou de quelques gouttes d'eau d'Alibour au liquide dans lequel on trempe la tarlatane peut être rendu légèrement antiseptique, et qui remplace avantageusement les anciens cataplasmes dans beaucoup de cas.

[1] Voici la formule d'E. Besnier : « On taille dans du lint aseptique neutre, ou dans des mousselines aseptiques, ou dans des tarlatanes désempesées et aseptisées par l'eau bouillante, des pièces *de la forme et de la dimension exacte des surfaces malades ;* s'il s'agit de lint, une ou deux épaisseurs suffisent, trois à six si l'on emploie les mousselines ou les tarlatanes, et on dispose les pièces ainsi préparées sur une table propre ou garnie de linge aseptique; là, on les imbibe sur place avec du coton hydrophile mouillé de l'un des liquides employés pour les lotions », ou, pour les éruptions irritables, phlycténoïdes, de liniment oléo-calcaire du Codex stérilisé. « Une fois imbibés, les lots de compresses de mousseline ou les pièces de lint aseptique sont *étanchés* par pression à plat à l'aide de linges aseptiques, puis appliqués sur les surfaces malades, exactement comme s'il s'agissait d'un cataplasme. *Les dimensions du cataplasme doivent être rigoureusement déterminées par celles de la surface eczématisée, sous peine de voir les liquides exsudés, étalés à la surface saine ambiante, devenir une cause d'irritation eczématisante et d'auto-inoculations.* Avant l'application du cataplasme, on a pris soin de nettoyer aseptiquement la peau *alentour* de la surface » malade... « Souvent, il sera bon de faire, alentour, une onction légère de *pâte de zinc*, ou de poudrer avec l'amidon, ou le sous-nitrate de bismuth impalpable, protecteur excellent, quelquefois même d'établir alentour une zone protégée par une couche de colle à l'oxyde de zinc. Par-dessus, on place, *taillés exactement de la dimension des compresses, et ne les dépassant jamais*, des morceaux d'imperméable fin, puis une couche de coton hydrophile, ou une plaquette de *lint* sèche, et le tout est maintenu avec des bandes de gaze recouvertes elles-mêmes, si le malade n'est pas alité, de bandes de crêpe, de ceintures, s'il s'agit du corps, ou de compresses en appareil de Scultet, si l'eczéma a son siège aux membres inférieurs, etc...

« En moyenne, le pansement se fait toutes les quatre, six ou huit heures, selon l'état des surfaces, le retour du prurit et l'altération *corrélative* des liquides employés. »

Cataplasmes. — On donne le nom de *cataplasmes* à des topiques diversement composés, de consistance molle, que l'on applique sur les téguments.

Le plus connu de tous les cataplasmes est le vulgaire cataplasme de farine de graine de lin, que l'on prépare avec deux parties de farine de graine de lin et environ trois parties d'eau en volume. On peut délayer la farine à froid et faire cuire, ou bien ajouter peu à peu la farine à l'eau bouillante en agitant constamment. On étale ensuite sur de la tarlatane. Il faut toujours, quand on veut faire un cataplasme, se servir de tarlatane que l'on a préalablement fait bouillir dans de l'eau chaude pour enlever l'apprêt, afin que cet apprêt n'irrite pas les parties malades.

Le cataplasme de farine de lin ordinaire a l'inconvénient de fermenter très vite et de devenir dès lors très irritant pour la peau. On a préparé des farines de lin qui n'ont pas cet inconvénient, et qui sont dites déshuilées ; mais, même lorsqu'on y a recours, il faut autant que possible les avoir fraîches. Les grands avantages des cataplasmes de farine de graine de lin en pratique, c'est qu'ils sont faciles à faire.

Les cataplasmes de beaucoup les plus employés en dermatologie sont ceux d'amidon ou de fécule. Voici le procédé usité à l'hôpital Saint-Louis pour faire un cataplasme de fécule :

On prend 100 grammes de fécule, et on les délaye lentement dans 200 grammes d'eau à peine tiède : quand la fécule est bien délayée, qu'il n'y a pas de grumeaux, on jette brusquement dans le récipient 700 grammes d'eau bouillante, on agite vivement, et, au bout d'une ou deux minutes, on enlève du feu. La fécule gonfle et se prend en une sorte de gelée transparente que l'on étale immédiatement sur de la tarlatane en une couche de 5 à 15 millimètres d'épaisseur. On se sert de ces cataplasmes quand ils sont à peine tièdes, presque froids, ou tout à fait froids ; on peut donc en faire plusieurs à la fois. Pour empêcher le cataplasme de fécule de sécher trop vite, on peut ajouter à l'eau avec laquelle on le fait un peu de glycérine.

On doit changer un cataplasme toutes les deux ou trois heures, au moins, mais en réalité dès qu'il commence à sécher, ou dès qu'il commence à s'échauffer au contact des points malades ; tout cataplasme qui s'échauffe au contact des téguments devient une cause d'augmentation de l'inflammation.

Il faut faire les cataplasmes plus ou moins durs, suivant les indications. Le plus souvent ils doivent être assez fermes, nullement liquides, tout en étant cependant humides. Les bons cataplasmes de fécule de pomme de terre sont souples, flexibles, et ont presque la consistance du caoutchouc. Il est bon d'en enduire le pourtour avec du cold-cream pour qu'en ce point ils ne sèchent pas et n'adhèrent pas aux téguments. On ne doit pas les recouvrir d'un tissu imperméable.

Certains auteurs ont beaucoup vanté les cataplasmes de farine de seigle ; on s'est aussi servi des cataplasmes de mie de pain et de lait.

Il est toujours prudent de faire bouillir au préalable l'eau avec laquelle on doit faire les cataplasmes.

Les cataplasmes de fécule de pomme de terre bien préparés doivent être considérés comme d'excellents topiques dans presque tous les cas d'inflammation violente des téguments, mais il faut savoir s'en servir.

On trouve maintenant dans le commerce des cataplasmes tout faits de farine de graine de lin, de fécule d'amidon, d'adragantine. Il suffit de les tremper dans un peu d'eau chaude, puis de les laisser refroidir, et on les applique ainsi préparés ; c'est fort simple, mais il sont d'ordinaire moins émollients que les cataplasmes préparés comme nous venons de le dire.

ÉMULSIONS. LOTIONS PHARMACEUTIQUES. — *Émulsions.* — On donne le nom d'*émulsions* « à des liquides d'apparence laiteuse, renfermant en suspension dans l'eau des substances insolubles de nature très variable, tels que des corps gras liquides ou solides, des matières grasses résineuses ou oléo-résineuses, des huiles essentielles » (L. Hahn).

Le liniment oléo-calcaire qui rend de si grands services dans certaines dermatoses comme les dermatites polymorphes douloureuses, les brûlures, les éruptions artificielles en est un type.

Lotions pharmaceutiques. — On a donné par abus de langage le nom de lotions à des préparations dans lesquelles des substances solides à l'état pulvérulent se trouvent en suspension dans des liquides aqueux ou alcooliques.

Telle est la préparation que l'on appelle la lotion soufrée de l'hôpital Saint-Louis et dont voici la formule :

Soufre précipité	25	grammes.
Alcool camphré	50	—
Glycérine neutre pure	5	—
Eau distillée	250	—

Le soufre se précipite au fond de la bouteille qui contient la préparation. Pour s'en servir on l'agite très fortement pendant plusieurs minutes, puis on dépose le mélange sur les surfaces malades. Le liquide s'évapore et laisse une couche mince et uniforme de soufre et de camphre sur les tissus. Par ce procédé on réussit à appliquer avec une extrême précision une mince couche pulvérulente uniforme de substance active sur les tissus en un point aussi limité que l'on veut, et même sur le cuir chevelu entre les cheveux sans souiller les parties voisines. C'est là parfois un avantage considérable.

b) — *Modes d'emploi des médicaments non solubilisés, incorporés à des poudres ou à des substances onctueuses ou adhérentes.*

α) **Poudres.** — On donne en dermatologie le nom de *poudres* à des topiques pulvérulents secs, réduits en particules aussi petites que possible. La grande qualité des poudres est leur extrême finesse ; elles doivent être impalpables.

Les poudres appliquées sur les téguments agissent comme corps isolants, comme substances absorbantes : « Le courant sécrétoire qui provient de la profondeur de la peau, rencontrant alors moins d'obstacles, s'accélère, et il en résulte un accroissement notable de la perspiration cutanée. La peau s'en trouve rafraîchie ; le calibre des vaisseaux se rétrécit ; il y a par conséquent anémie cutanée. C'est aux régions de la peau les plus riches en graisse, comme au visage, que le refroidissement est le plus marqué. Sur la peau hypérémiée l'effet décongestionnant des poudres est des plus évidents. Sur la peau enflammée... les poudres augmentent encore la perspiration, et la réfrigération qui en résulte procure au patient une sensation particulièrement agréable » (Leistikow, *loc. cit.*, traduct. Darier, p. 15).

Elles peuvent aussi, suivant ce qu'elles contiennent, modifier d'une manière active les surfaces sur lesquelles on les applique.

On doit les diviser en deux groupes principaux, d'après leur origine :

1° Les *poudres végétales* qui sont les poudres d'amidon, de riz, de blé, de fécule de pomme de terre, d'iris, de lycopode, d'arrow-root, de vieux bois, de sabine, etc.

2° Les *poudres minérales*, qui sont des poudres de talc, d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth, de carbonate de bismuth, de carbonate de magnésie (fort remarquable par sa puissance d'absorption), de craie, de plâtre, d'argile, de bol d'Arménie, de ceyssatite, de kaolin, de sous-carbonate de fer, d'iodoforme, d'iodol, d'aristol, de calomel, d'alun, etc...

Fort souvent, au lieu de se servir d'une poudre simple, on se sert d'une poudre composée, c'est-à-dire obtenue par le mélange en proportions diverses de deux ou de plusieurs substances soigneusement réduites à l'état pulvérulent. Ces mélanges sont faciles à faire, et se conservent bien, pourvu que la densité des poudres mélangées soit peu à peu la même ainsi que le volume des grains.

Au point de vue des effets thérapeutiques, on doit établir une distinction radicale entre les poudres d'origine végétale qui gonflent à l'humidité et qui fermentent (aussi ne faut-il pas les employer comme corps isolants), et les poudres d'origine minérale, moins douces à la peau, mais qui ne fermentent pas à l'humidité, et qui sont beaucoup plus siccatives, aussi constituent-elles les isolants par excellence.

D'ailleurs, les effets topiques des poudres sont éminemment variables suivant la nature même des corps qui les composent.

β) **Préparations pharmaceutiques servant à maintenir les médicaments externes en contact avec la peau.** — Pour maintenir les médicaments externes en contact avec les téguments, on a inventé diverses préparations pharmaceutiques dont les principales sont les pommades, les onguents, les pâtes, les vernis solubles, les gélatines colles, les emplâtres, les vernis non solubles, etc.

L'importance du mode de préparation employé pour enrober la substance active est des plus grandes en thérapeutique cutanée. On peut en effet régler ainsi presque à volonté l'énergie de l'agent actif et sa pénétration plus ou moins profonde. « Une lotion aqueuse qui contient un agent actif en suspension ou en dissolution dépose simplement une couche légère de celui-ci à la surface de la peau. Son action sera celle de cet agent appliqué directement en poudre excessivement fine. Une pâte, qui est un mélange de graisses et de poudres, pénètre la couche cornée par la graisse qu'elle contient ; mais les substances pulvérulentes qu'elle renferme lui donnent une porosité qui permet à la peau de fonctionner normalement sous cet enduit, et à la pâte d'absorber les sécrétions cutanées. Dans ces conditions, l'agent médicamenteux contenu dans une pâte ne pénètre pas très avant à l'intérieur des tissus, et ne dépasse guère la couche cornée. Dans les pommades, composées de graisses et d'un agent médicamenteux, l'occlusion de la peau par les substances grasses est à peu près complète : la perspiration cutanée ne s'effectue plus ; les produits de sécrétion de la peau sont retenus à sa surface ; il s'ensuit une inflammation locale, une dilatation des capillaires, des phénomènes congestifs ; dans ces conditions les échanges entre les graisses de la peau et les graisses chargées de substances médicamenteuses sont beaucoup plus actifs et l'agent médicamenteux pénètre beaucoup plus profondément. Enfin dans les emplâtres, l'occlusion de la peau est complète ; les emplâtres sont donc des agents extrêmement actifs ; le médicament dont ils sont chargés agit profondément. On voit que ces différents excipients forment une sorte de gamme qu'il est indispensable de connaître. Ce n'est pas au hasard que l'on doit s'adresser à une lotion ou à une pommade ; il faut savoir ce que l'on veut, comment on veut agir... » (L. Pautrier, p. 616 du *Traité de Leredde*).

Pommades. — On donne le nom de *pommades* à des topiques d'une consistance molle ayant pour base un corps gras quelconque, mais ne contenant ni substance résineuse, ce qui les différencie des onguents, ni savon de plomb, ce qui les différencie des emplâtres.

D'après Bretonneau et Desesquelles on devrait distinguer trois modes de fabrication des pommades :

1° Les pommades par simple mélange obtenues par la trituration dans un mortier ou sur une plaque de verre ou de porcelaine de l'excipient et de l'agent médicamenteux ;

2° Les pommades par solution obtenues à froid ou à chaud ;

3° Les pommades par combinaison chimique.

Ce sont les premières qui sont de beaucoup les plus employées.

Nous n'avons pas dans cet ouvrage élémentaire à exposer les diverses théories qui ont cours sur la perméabilité ou l'imperméabilité de la peau ; ce que nous devons dire au point de vue pratique, c'est qu'une peau même saine, à plus forte raison, une peau privée de son épiderme, absorbe dans une certaine mesure les agents médicamenteux appliqués à sa surface sous la forme de pommade, surtout quand cette pommade est employée en frictions. En effet, comme nous venons de le voir, la pommade réalise l'occlusion de la peau, abolit la perspiration cutanée, produit une dilatation des capillaires, provoque des actions congestives, tous phénomènes qui entraînent comme conséquence une exagération de l'osmose et une pénétration plus profonde des médicaments.

On doit distinguer dans les pommades deux parties constitutives fondamentales : 1° l'excipient ; 2° la substance active.

1° Excipient. — L'excipient des pommades est pour ainsi dire toujours un corps gras quelconque.

« Les *graisses*, quelles qu'elles soient, appliquées sur la peau en onction simple ou sous forme de pansements, déterminent la rétention des sécrétions cutanées et le gonflement des cellules épidermiques. Elles augmentent donc le pouvoir de résorption de la peau : ce sont là des excipients tout à fait appropriés pour les médicaments qui doivent agir en profondeur. L'imbibition de la couche cornée par une matière grasse met physiquement les téguments à l'abri de la dessiccation et ralentit de plus l'évaporation aqueuse en faisant obstacle aux sécrétions et excrétions cutanées. » (Leistikow : *loc. cit.*, traduct. française, p. 32, 33.) (Voir plus haut.)

Les graisses dont on se sert pour fabriquer les pommades sont d'origine animale, végétale ou minérale.

A. **Graisses animales.** — *a*) **Solides.** — L'*axonge* est de beaucoup la plus importante de toutes. Elle a été pendant longtemps la base unique des pommades ; mais elle a l'inconvénient de rancir vite quand elle n'a pas été obtenue par une longue ébullition de la panne de porc dans l'eau. Aussi faut-il avoir soin ou de la préparer ainsi, ou de la fabriquer au moment même de s'en servir, en fondant à une douce chaleur de la panne de porc nouvellement tué, et en la passant à travers un linge propre : dans ce dernier cas, il est bon de la renouveler tous les trois ou cinq jours suivant la température.

Pour obvier à cet inconvénient, on emploie quelquefois l'axonge benzoïnée qui se conserve beaucoup plus longtemps. Pour la préparer, on ajoute 5 grammes de teinture de benjoin par kilogramme d'axonge fondue ; on agite jusqu'à refroidis-

sement. Mais cette préparation, de même que l'axonge salicylée, est plus irritante pour les téguments que l'axonge parfaitement pure et fraîche.

La *graisse d'oie* a été préconisée par quelques auteurs, par Jackson en particulier, dans le traitement des teignes tondantes.

La *graisse de rognons de veau* se prépare comme l'axonge : elle en est un des meilleurs succédanés.

La *moelle de bœuf* entre dans la composition de nombreuses pommades pour le cuir chevelu ;

Le *blanc de baleine* au spermacéti sert à fabriquer les cold-creams.

Les *graisses de laine* du mouton jouent depuis quelques années un grand rôle en thérapeutique cutanée. Elles ont été l'objet de nombreux travaux et leur histoire est déjà fort compliquée.

Les plus importantes sont : l'*œsypus* ou graisse de laine brute, extrêmement adhérent, formant un très bon excipient pour les pommades quand on le combine avec une huile, mais ayant une odeur désagréable ; — la *lanoline*, préparée par Liebreich, et qui est une graisse de laine purifiée ; quand elle est parfaitement pure elle n'a pas d'odeur, est un peu jaunâtre, visqueuse ; — l'*adeps lanæ* ou *alapurine*, etc...

Leurs grandes propriétés sont la facilité avec laquelle ces substances se mélangent à l'huile, à la vaseline, à la glycérine, à l'eau pour former des préparations homogènes, maniables, qui sont d'excellents excipients pour les pommades et pour les pâtes.

b) **Liquides.** — Les *diverses huiles de foie de morue* sont assez fréquemment utilisées par les dermatologistes en applications externes. Nous prescrivons souvent dans certaines affections prurigineuses les cérats ou les emplâtres à l'huile de foie de morue.

B. **Graisses végétales.** — *a*) **Solides.** — Le *beurre de cacao* est assez fréquemment utilisé comme excipient de pommades pour les lèvres ou pour le cuir chevelu ; on l'étend d'un peu d'huile.

b) **Liquides.** — Presque toutes les huiles végétales ont été utilisées en dermatologie : les plus employées sont les *huiles d'olive, d'amande douce, de ricin*. Elles servent d'ordinaire à ramollir les autres excipients trop durs ou à en diminuer la viscosité.

Mentionnons à côté des huiles la *glycérine* qui est un des produits de leur saponification, qui entre dans la composition des glycérolés, et dans une infinie quantité de préparations cosmétiques connues sous le nom de lotions, etc...

C. **Graisses minérales**[1]. — *a*) **Solides.** — Le prototype en est la *vaseline* que l'on retire du naphte : elle est blanche comme les vaselines dites françaises épurées, ou légèrement blonde comme les vaselines américaines. C'est un excipient qui ne rancit jamais, un peu mou, mais que l'on peut raffermir en y incorporant de la lanoline ou de la cire blanche. Malheureusement il est fort difficile de s'en procurer de bonne, et presque toutes les vaselines du commerce sont plus ou moins irritantes pour les téguments, aussi faut-il s'en défier dans la pratique.

[1] Comme l'a fort bien fait remarquer Darier (*Traduction française de Leistikow*, p. 33, note 1), il n'y a pas de matières grasses minérales ; les vaselines sont des mélanges d'hydrocarbures, et non des mélanges d'éthers de la glycérine comme les corps gras.

On a beaucoup préconisé en Allemagne les *vasogènes* qui sont des vaselines oxygénées, qui dissolvent la plupart des médicaments employés en dermatologie, et en facilitent l'absorption ; ils sont surtout précieux pour l'iode et ses composés.

Le *vasenol* (Thimm) est un produit obtenu par addition d'alcools de graisses aux vaselines, ce qui permet ensuite de leur faire absorber de grandes quantités d'eau ; l'excipient de vasenol dont on se sert pour les pommades contient 25 p. 100 d'eau ; il forme des crèmes douces, non irritantes.

b) **Liquides.** — La vaseline liquide ou pétrovaseline, huile de vaseline, n'est guère employée pour fabriquer les pommades ; on l'utilise surtout comme véhicule pour certaines injections hypodermiques.

D. **Excipients composés.** — Nous donnons ce nom aux excipients qui sont constitués par le mélange de plusieurs substances premières.

En pratique les excipients des pommades usuelles sont presque tous des excipients composés.

En effet, on emploie surtout à l'heure actuelle comme excipients :

a) Le mélange de lanoline et de vaseline en proportions variables, par exemple :

Vaseline	20 grammes.
Lanoline	10 —

b) Le mélange de lanoline et d'huile :

Huile d'olive ou d'amande douce	20 grammes.
Lanoline	de 10 à 20 —

c) Le mélange de lanoline, de vaseline et d'eau, par exemple :

Lanoline pure	5 grammes.
Vaseline pure	10 —
Eau de chaux	25 —

d) Le mélange suivant :

Lanoline	10 grammes.
Axonge fraîche }	ãã 20 —
Eau distillée }	

C'est à ces dernières compositions que l'on a donné récemment le nom de *crèmes*.

e) **Les lainines composées** qui sont en nombre illimité ; les plus employées sont :

α) La *résorbine* allemande qui est une émulsion composée d'huile d'amandes douces très pure, de cire, de gélatine, de savon et d'une petite quantité de lainine.

β) L'*aleptine* de Vigier dont voici la formule :

Lainine anhydre	2 000 grammes.
Huile d'amande douce benzoïnée	6 000 —
Blanc de baleine	1 500 —
Cire blanche	1 100 —
Eau distillée stérilisée	3 000 —
Baume du Pérou	100 —
Gélatine blanche	200 —

γ) L'*adiptine* de Cavaillès dont voici la formule :

Cire blanche	25	grammes.
Paraffine	25	—
Huile de vaseline	400	—
Lanoline anhydre	250	—
Eau de rose	50	—
Eau de laurier-cerise	50	—

δ) La *molline* dont la formule serait (Darier, *Traduction de Leistikow*, p. 41, note 1), 100 parties de graisse (graisse périrénale très pure, fraîchement fondue, et huile de coco très pure), 40 parties de lessive de potasse mélangée à une petite quantité de lessive de soude, 30 parties de glycérine (Kirsten, *Monatsh.*, 1886, p. 337).

f) Les **cérats** qui sont des topiques mous, dont les éléments principaux sont la cire et l'huile.

Pour les fabriquer, il faut se servir d'huile d'olive ou d'huile d'amande douce et non d'huiles siccatives. La meilleure cire est la cire blanche. Ces deux substances fondamentales doivent être d'une extrême pureté et très récentes.

Ces corps rancissent avec la plus grande rapidité : aussi ne doit-on jamais en formuler beaucoup à la fois.

Nous passons sur les détails de leur fabrication qui intéressent surtout le pharmacien, et nous nous bornons à indiquer la composition de ceux d'entre eux qui sont journellement employés en dermatologie.

Cérat simple, cérat sans eau :

Huile d'amande douce	300	grammes.
Cire blanche	100	—

Faire liquéfier la cire, divisée préalablement, dans l'huile à la chaleur du bain-marie : laisser refroidir en partie en agitant constamment, verser dans un pot. (Codex). C'est cette préparation, *sans eau*, que nous conseillons surtout d'employer.

Cérat de Galien, cérat blanc, cérat ordinaire :

Huile d'amande douce	400	grammes.
Cire blanche	100	—
Eau distillée de rose	300	—

Faites liquéfier la cire dans l'huile à la chaleur du bain-marie. Coulez dans un mortier en marbre chauffé, et remuez continuellement le mélange afin d'éviter la formation de grumeaux. Quand il sera refroidi, incorporez-y l'eau de rose, que que vous introduirez par petites parties, en agitant continuellement (Codex).

Cérat saturné, cérat de Goulard :

Sous-acétate de plomb	10	grammes.
Cérat de Galien	90	—

Mêler dans un mortier.

(Ce cérat ne doit être préparé qu'au moment du besoin.)

Cérat cosmétique, crème froide, cold-cream :

Huile d'amande douce	215	grammes.
Blanc de baleine	60	—
Cire blanche	30	—

Eau de rose	60 grammes.
Teinture de benjoin	15 —
Huile volatile de rose	X gouttes.

Faites liquéfier la cire et le blanc de baleine dans l'huile à une douce chaleur ; coulez dans un mortier en marbre chauffé et agitez jusqu'à refroidissement. Ajoutez l'huile volatile de rose, puis incorporez par petites parties le mélange d'eau et de teinture de benjoin préalablement passé à travers un linge (Codex).

Cérat à la rose, pommade pour les lèvres :

Huile d'amande douce	100 grammes.
Cire blanche	50 —
Carmin	0gr,50.
Huile volatile de rose	X gouttes.

Faites liquéfier la cire dans l'huile à une douce chaleur; quand le mélange sera à moitié refroidi, ajoutez le carmin préalablement délayé dans un peu d'huile, et, en dernier lieu, l'huile volatile de rose.

g) La **pommade de concombres** (axonge, 1.000 grammes; graisse de veau, 600 grammes; baume de Tolu, 2 grammes; eau distillée de rose, 10 litres, suc de concombres, 1.200 grammes). Faire fondre les graisses à la chaleur du bain-marie en y ajoutant le baume de Tolu préalablement dissous dans un peu d'alcool, puis l'eau de rose. Lorsque la graisse se sera éclaircie, la décanter, et la verser dans une bassine étamée : Ajouter alors le premier tiers du suc de concombres, en ayant soin de retirer ce premier suc de concombres avant d'en remettre une nouvelle quantité; recommencer cette même opération avec le second, puis avec le troisième tiers du suc. Séparer autant que possible la graisse du liquide; la faire fondre au bain-marie, et, après un repos de quelques heures, enlever l'écume. Retirer la pommade : la couler dans des pots pour la conserver à la cave. Pour terminer cette pommade, la faire ramollir, sans la liquéfier entièrement, dans une bassine étamée; la battre avec une spatule de bois, jusqu'à ce qu'elle soit devenue assez légère pour que son volume soit presque double (Codex).

h) Les **glycérolés** ou **glycérés** qui sont des préparations dans lesquelles la glycérine ou le glycérolé d'amidon entrent comme excipients.

Les glycérolés sont *simples*, c'est-à-dire formés de glycérine rendue consistante par une poudre inerte, ou *composés*, et renferment alors un principe médicamenteux dissous soit dans la glycérine pure, soit dans le glycérolé simple. Nous n'avons à étudier que les glycérolés simples.

Glycérolés simples. — Le plus important au point de vue dermatologique est le *glycérolé d'amidon.*

Pour le préparer, il faut prendre de l'amidon de blé de bonne qualité, et, à son défaut, celui d'arrow-root : les amidons de riz ou de maïs ne donnent pas d'aussi belles préparations. La glycérine dont on se sert doit marquer 28°. On délaye une partie d'amidon dans quinze parties de glycérine; on chauffe doucement dans une capsule de porcelaine en agitant avec une spatule jusqu'à ce que la masse soit parfaitement homogène et présente la consistance de l'empois. Quelques gouttes d'eau favorisent l'opération en hydratant l'amidon. Le produit obtenu est blanc, demi-transparent, onctueux au toucher, frais à la peau et ne rancit pas. Il est employé comme excipient dans une foule de pommades ou de glycérolés composés.

A côté du glycérolé d'amidon, nous devons signaler le glycérolé d'argile préparé par Vigier en 1874, et repris depuis lors en Allemagne :

Terre glaise et humide des statuaires	100 grammes.
Glycérine pure.	50 —

Triturer jusqu'à parfait mélange.

ou bien :

Argile sèche en poudre impalpable	75 grammes.
Eau distillée	25 —
Glycérine pure.	50 —

2° ***La substance active.*** — La substance active est une substance quelconque presque toujours solide, qu'il convient de triturer à fond pour la réduire en poudre absolument impalpable avant de la mélanger à l'excipient.

Mode de préparation de la pommade. — Les pommades se préparent d'ordinaire par simple mélange au mortier des substances actives et de l'excipient, en triturant pendant tout le temps nécessaire à l'union intime complète des diverses parties constitutives.

Quand la substance active est un sel, il est préférable de le dissoudre d'abord dans une petite quantité de véhicule (eau, alcool ou glycérine) avant de l'incorporer.

Si la pommade contient plusieurs composés chimiques, il faut toujours songer aux actions lentes que ces corps peuvent exercer les uns sur les autres, et aux réductions qu'ils peuvent subir au contact de l'air.

Mode d'emploi. — On applique les pommades en se servant de l'index ou du médius préalablement nettoyés, c'est ce qui est de beaucoup préférable : on peut aussi employer pour cela un tampon de tarlatane sans apprêt ou de linge fin que l'on renouvelle à chaque application : les tampons d'ouate sont moins commodes parce que des brindilles d'ouate peuvent rester adhérentes aux téguments.

Depuis longtemps on a songé à fabriquer des bâtons de pommades pour certains usages, pour les lèvres, pour le cuir chevelu, etc... Dans ces derniers temps, on a voulu en généraliser l'emploi. Unna en a donné la formule suivante :

Cire jaune	ãã 45 grammes.
Lanoline	
Huile d'olive.	35 —
Principe actif	q. s.

Leistikow préconise un excipient à base de une partie de cire pour deux parties d'adeps lanæ, Audry un excipient composé de :

Huile d'olive.	15 grammes.
Paraffine	10 —
Beurre de cacao	55 —

J. Montiès (*Journal des Mal. cut. et syphilit.*, février 1895, p. 121) en a donné pour Audry la formule suivante :

Beurre de cacao	75 grammes.
Paraffine	15 —
Huile d'olive.	10 —
Principe actif . . . . . , ...	q. s.

Leur principal avantage est d'être portatifs, de pouvoir se mettre dans la poche et de permettre ainsi aux malades de faire de fréquentes applications de pommade tout en vaquant à leurs occupations.

Il est commode et propre d'enfermer les pommades dans des tubes métalliques malléables semblables à ceux dans lesquels on met les couleurs à l'huile qui servent à la peinture. On n'a qu'à en dévisser le couvercle et à presser légèrement sur le fond du tube. On a ainsi une préparation portative dont on peut se servir aussi fréquemment qu'il le faut.

Après avoir appliqué la pommade, on peut la laisser à la surface des téguments sans autre pansement. Cette pratique est possible quand il s'agit du cuir chevelu, ou de parties toujours découvertes comme le visage. Il n'en est plus de même lorsque les endroits malades sont soumis à des frottements ou doivent être recouverts par les vêtements : il est alors indispensable de faire un pansement.

Le plus simple consiste à recouvrir la région malade d'un morceau de papier Joseph ou de morceaux de papier à cigarettes légèrement enduits de la pommade dont on se sert. Si l'on ne veut pas d'enduit imperméable ou presque imperméable, on emploie un morceau de toile fine imprégnée d'un peu de pommade.

Une pratique fort souvent suivie consiste à poudrer par-dessus la pommade avec beaucoup de poudre (amidon ou lycopode, dans les plis talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth ou ceyssatite), puis on recouvre de toile fine. Les mains sont mises dans des gants trop larges, les pieds dans des chaussettes, le bassin dans un caleçon de bain, etc.

Enfin, on peut par-dessus la pommade faire de l'enveloppement, soit direct en se contentant d'appliquer du taffetas chiffon ou du taffetas gommé, soit indirect en mettant d'abord de la tarlatane sans apprêt pliée en dix ou quinze épaisseurs, imbibée d'eau bouillie, exprimée, recouverte d'ouate hydrophile et de taffetas chiffon (voir plus haut).

Il faut parfois se défier de ce pansement quand les pommades renferment des substances irritantes non solubles dans l'excipient : l'excipient peut en effet être absorbé par la tarlatane, et la substance active se trouve alors appliquée dans de tout autres conditions sur la surface malade.

C'est pour remplir avec facilité et rapidité ces indications qu'Unna a fait fabriquer ses *mousselines-pommades*. « Elles sont constituées par un tissu de mousseline fine, recouvert d'une mince couche de pommade ou d'onguent de consistance plus ou moins ferme... La masse se compose essentiellement de suif de mouton benzoïné et de cire en proportion variable... ou de cire et lanoline ou adeps lanæ avec ou sans vaseline... Le mode d'emploi est le suivant : la région de la peau à traiter est recouverte avec la mousseline-pommade que l'on étale en pressant et en frottant légèrement. On recouvre avec une feuille d'ouate ou de gutta-percha laminée et on fixe avec une bande de mousseline sans apprêt... Les mousselines-pommades sont d'un emploi simple et propre. Elles ramollissent les squames, les croûtelles et les croûtes qu'on peut facilement enlever en renouvelant le pansement... Elles imbibent et ramollissent la couche cornée sous l'influence de la graisse qui la pénètre peu à peu, tout en la protégeant contre les injures extérieures. En outre l'évaporation des sécrétions cutanées aqueuses se trouve entravée... de telle sorte que ces topiques ont à la fois la propriété de favoriser la reconstitution d'une couche cornée normale et celle de combattre les hypérémies aiguës et les processus exsudatifs. » (Leistikow, *loc. cit.*, trad. Darier, p. 47-48.) Malheureusement

ces produits ne sont pas d'une fabrication courante en France et leur prix est assez élevé.

Onguents. — On donne le nom d'*onguents* à des topiques composés d'un corps gras et d'une matière résineuse. Leur consistance est plus ferme que celle des pommades, et ils se conservent beaucoup plus longtemps que ces dernières sans s'altérer.

On ne se sert guère plus en dermatologie que de l'*onguent styrax* dont voici la formule : on l'emploie presque toujours étendu de deux parties d'huile :

Styrax liquide	100	grammes.
Huile d'olive	150	—
Colophane	180	—
Résine élémi	100	—
Cire jaune	100	—

Cette préparation est excellente dans la gale, dans certains eczémas et dans certaines folliculites.

Pates. — On désigne en pharmacie sous le nom de *pâtes* des médicaments solides, de consistance molle, et cependant assez fermes pour qu'ils n'adhèrent pas aux doigts quand on les malaxe.

Cette définition ne convient plus à ce que l'on désigne sous le nom de *pâtes en dermatologie*. Ce sont des préparations ayant une consistance plus dure que les pommades, ne renfermant pas de résine comme les onguents, et composées d'un mélange de graisse, de glycérine, d'huile avec des poudres. Leur introduction dans la pratique est due surtout à Lassar et à Unna.

« La graisse que renferment les pâtes peut être absorbée par la couche cornée en même temps que les principes médicamenteux qu'on aura incorporés au mélange ; elle s'oppose à l'exhalation aqueuse ; elle contribue à entretenir ou à établir la mollesse et la souplesse de la peau.

Contenant des poudres en notable proportion, les pâtes acquièrent de ce fait une porosité et un pouvoir d'attraction capillaire qui leur permettent d'absorber les sécrétions de la peau : de plus, elles sont aptes à former une couche de revêtement protecteur sèche et adhérente. En revanche, en raison de leur teneur plus élevée en poudre, les pâtes sont moins imperméables et agissent moins profondément que les pommades » (Leistikow, *loc. cit.*, Trad. Darier, p. 16, 17).

« Les pâtes s'opposent moins que les pommades à la perspiration (c'est-à-dire à l'exhalation aqueuse ou transpiration invisible) et n'ont pas au même degré l'action irritante qu'exercent souvent les pommades. Il est absolument courant de voir les malades atteints d'une dermite eczémateuse aiguë ou subaiguë par exemple, qu'on traite par une pommade anodine, subir de ce fait une aggravation considérable de leur mal ; il suffit souvent en pareil cas de transformer leur pommade en pâte, c'est-à-dire d'augmenter notablement dans le topique même qui les a irrités la proportion de poudre inerte, pour en faire un produit relativement antiphlogistique, décongestionnant, et en tous cas bien toléré. » (Darier, *eodem loco.*, p. 17, note 1.)

Donc toutes les fois que l'on a à traiter une lésion enflammée, congestionnée, il faut employer une pâte ; quand au contraire on veut agir activement sur une lésion chronique non irritable, il faut employer les pommades ou les emplâtres (voir plus haut).

Les pâtes doivent avoir pour propriétés de s'appliquer avec rapidité et facilité en

couches minces sur la peau et de former promptement un enduit sec et adhérent.

Les poudres dont on se sert pour fabriquer les pâtes sont surtout la terre d'infusoires allemande et la Ceyssatite française que l'on calcine préalablement pour les débarrasser de toute trace de matières organiques et qui ont le grand avantage d'être fort absorbantes et fort couvrantes. On utilise aussi l'oxyde de zinc, l'amidon, le kaolin, la craie préparée, etc.

Voici, d'après Unna, traduites par Doyon, les formules des principales pâtes utilisées :

1° *Pâtes de terres bolaires.* — On obtient une pâte excellente en mélangeant le bol blanc (kaolin pur) à parties égales de vaseline et de glycérine (voir *Glycérolés*) ou à de l'huile d'olive, d'amande, dans la proportion de deux ou trois parties de bol blanc pour une partie d'huile.

En ajoutant une plus grande quantité d'huile, on a un liniment à dessiccation rapide que l'on peut étendre sur de vastes surfaces.

On peut incorporer des substances actives à ces pâtes bolaires : pour cela, on mêle d'abord l'huile de lin ou la glycérine au kaolin, puis on y ajoute la substance active.

Voici comme type une formule de pâte pour l'eczéma :

Bol blanc	ãã 30 grammes.
Glycérine	
Oxyde de zinc	ãã 20 —
Sous-acétate de plomb	

M. s. a.

Dans le traitement de l'eczéma de la face et des mains, on peut remplacer le bol blanc par le bol jaune ordinaire, ou même ajouter à la pâte un peu de bol rouge afin de lui donner la coloration de la peau normale.

2° *Pâtes de plomb.* — On prépare la pâte mère de la manière suivante :

Litharge finement pulvérisée	50 grammes.
Vinaigre	80 —

Faire cuire jusqu'à consistance de pâte.

Ajouter :

Glycérine	10 grammes.

Ces pâtes ont une tendance siccative marquée, ce qui les rend précieuses dans certains eczémas.

3° *Pâtes d'amidon.* — Voici la formule de l'excipient :

Amidon de riz	3 parties.
Glycérine	2 —
Eau distillée	15 —

Réduire d'un quart par la coction.

On peut y incorporer les médicaments actifs que l'on veut : voici, par exemple, une préparation pour l'eczéma :

Oxyde de zinc	50 grammes.
Acide salicylique	2 —
Amidon de riz	15 —
Glycérine	15 —
Eau distillée	75 —

Mêler et faire cuire jusqu'à réduction à 140 grammes.

4° *Pâtes dextrinées* :

Dextrine en poudre du commerce	ãã parties égales.
Glycérine	
Eau.	

Mêler et faire cuire.

Quand on veut y incorporer une poudre, il faut y ajouter environ moitié du poids de glycérine, par exemple :

Oxyde de zinc	40 grammes.
Dextrine.	ãã 20 —
Eau distillée.	
Glycérine	40 —
Fleur de soufre ou sulfoichthyolate de soude .	2 —

Mêler et faire cuire jusqu'à consistance de pâte.
(Formule pour l'eczéma.)

Contre l'eczéma on peut employer avec avantage un mélange de pâtes de plomb et de dextrine, par exemple :

Litharge	30 grammes.
Vinaigre	50 —

Faire cuire jusqu'à consistance de pâte.

Ajouter :

Dextrine.	ãã 15 grammes.
Eau.	
Glycérine	

Mêler et faire cuire jusqu'à consistance de pâte.

5° *Pâtes de gomme :*

Mucilage de gomme arabique	ãã 1 partie.
Glycérine	
Poudre	2 —

Voici par exemple, une formule de pâte de gomme pour l'eczéma :

Oxyde de zinc	40 grammes.
Précipité rouge hydrargyrique.	2 —
Mucilage de gomme arabique	ãã 20 —
Glycérine	

M. s. a.

6° *Pâtes salicylées de Lassar*. — Elles consistent essentiellement en un mélange de vaseline, de zinc et d'amidon trituré avec soin et additionné d'acide salicylique.

Voici des formules de Lassar :

Acide salicylique	2 grammes.
Vaseline.	50 —
Oxyde de zinc	ãã 25 —
Poudre d'amidon.	

M. s. a.

ou

Acide salicylique	de 1 à 2 grammes.
Oxyde de zinc Amidon Lanoline Vaseline	ãã parties égales.

Cette dernière formule est la plus usitée.

7° Dans ces derniers temps les formules des pâtes se sont encore simplifiées, et voici quelles sont celles que l'on prescrit le plus habituellement :

a) **Pâtes dures**. — *Formule de Lassar :*

Oxyde de zinc Amidon Lanoline pure Vaseline pure	ãã parties égales.

Formule de E. Besnier :

Oxyde blanc de zinc Vaseline pure	ãã 50 grammes.

Formule de Unna :

Oxyde de zinc	10 grammes.
Ceyssatite	2 —
Axonge benzoïnée	28 —

Nous prescrivons habituellement :

Ou bien :

Oxyde de zinc Lanoline pure Vaseline pure blonde	ãã parties égales.

Ou bien :

Oxyde de zinc Lanoline pure	ãã 6 grammes.
Vaseline pure blonde	8 —

b) **Pâtes molles**. — On les fabrique avec de l'huile et de l'eau : en voici deux exemples :

Oxyde de zinc	20 grammes.
Craie préparée Eau blanche Huile de lin	ãã 10 —
	(Leistikow).
Craie préparée Oxyde de zinc Huile de lin Eau de chaux	ãã parties égales.
	(Unna.)

On applique les pâtes comme les pommades, en les étalant avec la pulpe des doigts : on frotte légèrement, et on poudre par-dessus avec une poudre inerte. Quand on veut protéger le pansement, on recouvre ensuite avec un morceau de toile fine et usée que l'on maintient si c'est nécessaire avec une bande.

Pâtes médicamenteuses. — Les pâtes dont nous venons de parler constituent par elles-mêmes dans beaucoup de cas d'excellents topiques ; on peut leur incorporer des substances actives, et avoir ainsi des pâtes médicamenteuses qui sont indiquées dans certains eczémas, dans certaines séborrhéïdes, etc. Quand la substance à incorporer dans la pâte est une poudre, pour conserver à la pâte ses qualités topiques, on retranche dans les formules mères que nous venons de donner une quantité de poudre égale à la quantité de substance active que l'on veut incorporer.

Ainsi une pâte de zinc soufrée se formulera de la manière suivante :

Soufre précipité	4 grammes.
Amidon pulvérisé	6 —
Oxyde de zinc	10 —
Lanoline pure	10 —
Vaseline pure	10 —

Voici une formule que nous employons très fréquemment dans les séborrhéïdes eczématisées :

Ichthyol	2 grammes.
Oxyde de zinc } ãã	6 —
Lanoline pure } ãã	6 —
Vaseline pure	8 —

On peut y remplacer l'ichthyol par le thiol, le tuménol, etc.

On emploie souvent dans l'acné, dans les lichénifications, les pigmentations, des pâtes exfoliantes : en voici une formule très énergique :

Résorcine	5 grammes.
Savon noir	3 —
Craie préparée } ãã	6 —
Vaseline pure } ãã	6 —

M. s. a.

Inutile d'ajouter encore une fois que ces préparations sont beaucoup moins irritantes et qu'elles agissent beaucoup plus superficiellement que des pommades renfermant les mêmes proportions de substances actives.

Vernis solubles a l'eau. — « Les *vernis solubles à l'eau* sont des topiques aqueux facilement applicables en couche mince sur la peau, se desséchant rapidement en formant un enduit lisse, peu épais, à peine visible, qui s'enlève aisément par un lavage à l'eau.

« On possède toute une série de vernis au silicate de potasse, à la gélatine, à la dextrine, à l'albumine.

« Les plus importants sont l'onguent de caséine et le gélanthe.

« L'onguent de caséine est composé d'après Unna de :

Caséine	14 parties.
Alcalis (potasse, 0,35 — soude 0,08)	0,43
Glycérine	7
Vaseline	21
Antiseptiques (phénol et oxyde de zinc, ãã 0,50)	1
Eau (q. s. pour 100)	56,47 [1]

[1] Voir, si cela intéresse le lecteur, le mode de préparation de ce produit par Darier (*Leistikow*, p. 25, note 1).

« Il constitue une émulsion blanche, homogène, épaisse, visqueuse, qui, appliquée sur la peau, forme déjà au bout de une ou deux minutes une couche sèche, élastique. Assez poreux pour permettre la perspiration cutanée, qu'il augmente même un peu, il a l'avantage de renfermer de la graisse : il tient donc le milieu entre les pommades grasses d'une part, et les pâtes ou poudres d'autre part. On peut y incorporer toutes les substances qui ne coagulent pas la caséine » et surtout le goudron, la résorcine, l'acide pyrogallique, le soufre, l'oxyde de zinc. (Leistikow, *loc. cit.*, traduct. Darier, p. 25, 26, 27.)

« Le *gélanthe* se compose essentiellement de gomme adragante, de gélatine et d'eau[1]. Ce vernis offre après application, comme l'onguent de caséine, un enduit sec et lisse. Il a les mêmes propriétés physiques que l'onguent de caséine. Cependant si l'on n'y ajoute pas de la graisse, il est impossible d'avoir avec lui une action en profondeur. Ce gélanthe est en lui-même un topique absolument indifférent. Il ne devient actif que par l'addition d'autres substances, qu'on peut d'ailleurs lui incorporer en fortes proportions » (Leistikow, *loc. cit.*, p. 28).

Gélatines, colles. — Divers dermatologistes, entre autres Pick (de Prague), ont cherché dans la gélatine un excipient et un mode d'application commode pour les substances médicamenteuses dans les affections cutanées.

Voici en quoi consiste ce procédé :

On fait fondre au bain-marie, dans deux fois son poids d'eau distillée, de la gélatine blanche du commerce complètement pure en agitant constamment la masse en fusion. On ajoute ensuite le médicament actif dans la proportion voulue et on laisse refroidir. On obtient ainsi une sorte de gâteau ayant la forme du vase dans lequel on a fait le mélange. Quand on veut se servir de cette préparation, on en coupe un morceau ; on fait fondre au bain-marie dans un vase quelconque ; puis, dès que la fusion est complète, on étale la gélatine sur la peau avec un blaireau. Il faut choisir le moment précis où la masse est fondue, mais n'est pas assez chaude pour léser les parties malades. La couche que l'on a ainsi étalée durcit rapidement. Pour empêcher qu'elle ne soit cassante, il faut l'enduire d'une petite quantité de glycérine (Pick).

Cette méthode est en somme peu pratique, parce que l'enduit est sec et cassant ; il vaut bien mieux ajouter d'avance, comme le fait Unna, la quantité de glycérine nécessaire pour avoir un enduit élastique. Comme base générale de toutes les gélatines médicamenteuses, Unna recommande les deux préparations suivantes :

1° *Gélatine molle à l'oxyde de zinc* (dite colle à l'oxyde de zinc) :

Oxyde de zinc	15 parties.
Gélatine	15 —
Glycérine	25 —
Eau	45 —
Pour	100 parties.

2° *Gélatine dure à l'oxyde de zinc* :

Oxyde de zinc	10 parties.
Gélatine, Glycérine, Eau (ââ)	30 —
Pour	100 parties.

[1] Voir pour sa préparation, *Leistikow*, p. 28.

On commence par faire dissoudre la gélatine dans l'eau au bain-marie ; on ajoute ensuite l'oxyde de zinc délayé dans la glycérine. Quand on veut incorporer une substance active dans la masse, on diminue d'autant l'eau distillée.

La formule adoptée généralement en France est la suivante :

Grenétine (gélatine pure)	ãã 125 grammes.
Gélatine	
Glycérine	ãã 300 —
Eau	
Oxyde de zinc	100 —

Pour se servir de cette préparation, on en coupe un fragment ; on le fait fondre au bain-marie ; on choisit le moment précis où il est bien liquéfié, mais pas assez chaud pour léser les téguments ; on essuie et l'on sèche avec soin les parties malades, puis on les badigeonne avec un pinceau imbibé du mélange ; au moment où la couche de substance déposée sur la peau commence à se refroidir et à se solidifier, on la touche légèrement avec de l'ouate, qui empêche, en s'agglutinant à sa surface, la colle d'adhérer aux vêtements.

Cet enduit a l'avantage de protéger les parties malades du contact de l'air et des frottements irritants : il se moule fort bien sur tous les plis de la peau et ne gêne en rien les mouvements. Il est fort utile dans les eczémas secs prurigineux : il est bon d'y incorporer, dans ce cas, un peu de cocaïne ou d'essence de menthe. On peut le laisser en place plusieurs jours. Pour l'enlever, il suffit de le ramollir avec de l'eau tiède.

On fabrique en France des colles de zinc montées sur tarlatane qui sont des plus commodes. On les passe rapidement dans l'eau chaude et on les applique instantanément : elles forment très vite en séchant des enduits secs adhérents fort solides. Pour les enlever on n'a qu'à les mouiller avec de l'eau chaude.

Voici, au point de vue des médicaments qu'on peut incorporer aux gélatines, les recommandations de Unna.

A. *Médicaments que l'on peut incorporer à ces gélatines en toute proportion.*

Céruse, iodure de plomb, précipité blanc, soufre, iodoforme, chrysarobine.

On en ajoute d'ordinaire de 5 à 10 p. 100 à la gélatine molle.

B. *Médicaments qui s'opposent à la dessiccation de la gélatine.*

Résorcine, créosote que l'on peut encore à la rigueur incorporer à la dose de 5 p. 100 à la gélatine molle.

Acide phénique, acide salicylique, ichthyol, etc..., que l'on ne doit incorporer qu'à la gélatine dure.

C. Le tannin, l'acide pyrogallique et l'oxyde de mercure qui *transforment la gélatine en un composé insoluble* ne doivent jamais être incorporés à ces préparations.

Emploi. — Les gélatines médicamenteuses donnent d'excellents résultats dans les prurits, les eczémas artificiels, l'ichthyose, l'acné, dans tous les cas d'irritation artificielle et superficielle de la peau, etc...

Ce procédé a l'avantage de protéger les téguments, de fixer le médicament actif aux points où il doit agir, et de permettre la perspiration cutanée à l'inverse des collodions, des traumaticines et des emplâtres.

Il ne donne pas de bons résultats dans les lésions suintantes de la peau, et dans les pyodermites dont il facilite la pullulation par l'occlusion.

Emplatres. Sparadraps. — On donne en pharmacologie le nom d'*emplâtres* à des topiques, solides à la température ordinaire, qui, sous l'influence d'une légère chaleur, peuvent se ramollir aisément sans couler et contracter un certaine adhérence avec les téguments.

Ils se divisent en deux groupes principaux : 1° les *emplâtres résineux* qui ne diffèrent des onguents que par la forte proportion de matières résineuses qu'ils contiennent (emplâtre de poix de Bourgogne, vésicatoire, etc...) ; 2° les *emplâtres à base de plomb ou de zinc* qui constituent de véritables savons, car ce ne sont que des combinaisons chimiques des acides stéarique, oléique et palmitique avec les oxydes de plomb ou de zinc. On peut les obtenir par l'intermédiaire de l'eau, ou bien ne pas employer ce liquide, et les porter à une haute température (emplâtres brûlés) ; ceux-ci ne sont plus guère usités (onguent de la Mère).

Emplâtres à base de plomb ou de zinc obtenus par l'intermédiaire de l'eau. — Presque tous les emplâtres à base de plomb ou de zinc sont obtenus par l'adjonction de certaines substances à l'emplâtre simple. Voici la formule de cet emplâtre simple :

Litharge pulvérisée	1 000	grammes.
Axonge	1 000	—
Huile d'olive	1 000	—
Eau	2 000	—

Mettez l'axonge, l'huile d'olive et l'eau dans une bassine en cuivre dont la capacité soit environ trois fois plus grande que le volume des matières employées ; faites liquéfier sur un feu modéré, ajoutez la litharge en la faisant passer à travers un tamis et remuez avec une spatule en bois. Maintenez l'ébullition, en ayant soin de remplacer de temps en temps par de l'eau *chaude* celle qui s'évapore. Agitez continuellement les matières avec la spatule jusqu'à ce que l'oxyde de plomb ait tout à fait disparu, et que la masse ait acquis une couleur blanche uniforme et une consistance solide, ce dont vous vous assurerez en jetant une petite quantité de la matière emplastique dans l'eau froide et en la pétrissant entre les doigts. Laissez alors refroidir, jusqu'à ce que la masse soit maniable ; et, tandis que l'emplâtre est encore chaud et mou, malaxez-le pour éliminer l'eau, et roulez en magdaléons (Codex).

On a proposé de remplacer la litharge par l'oxyde de zinc : on a ainsi un produit qui n'est nullement toxique et qui ne noircit pas au contact des vapeurs sulfureuses.

Voici les formules de l'emplâtre diachylon gommé et de l'emplâtre de Vigo :

Emplâtre diachylon gommé :

Litharge pulvérisée	ââ 620	grammes.
Axonge		
Huile d'olive		
Eau	1 250	—
Cire jaune	ââ 120	—
Poix blanche		
Térébenthine du mélèze		
Gomme ammoniaque	ââ 100	—
Galbanum		
Essence de térébenthine	60	—

Préparez l'emplâtre simple avec la litharge, l'axonge, l'huile d'olive et l'eau, en ayant soin à la fin de l'opération d'évaporer la plus grande partie de l'eau afin de

conserver la glycérine. D'autre part, mettez au bain-marie, avec quatre fois leur poids d'eau, la gomme ammoniaque, le galbanum, et l'essence de térébenthine ; agitez jusqu'à ce que les gommes résines soient émulsionnées aussi complètement que possible ; passez à travers une toile. — Faites évaporer cette émulsion à feu nu jusqu'à consistance du miel épais. Mélangez ce produit avec l'emplâtre simple que vous aurez liquéfié à une douce chaleur. — Enfin ajoutez, après les avoir fait fondre ensemble et passé à travers une toile, la cire jaune, la poix blanche et la térébenthine en remuant jusqu'à ce que la masse emplastique soit suffisamment refroidie, puis divisez-la en magdaléons (Codex).

Emplâtre de Vigo cum mercurio :

Emplâtre simple	2 000	grammes.
Cire jaune	100	—
Colophane	100	—
Gomme ammoniaque purifiée	30	—
Bdellium	30	—
Oliban	30	—
Myrrhe	30	—
Safran	20	—
Mercure	600	—
Styrax liquide purifié	300	—
Térébenthine du mélèze	100	—
Huile volatile de lavande	10	—

Réduisez en poudre le bdellium, l'oliban, la myrrhe et le safran ; d'autre part, triturez dans un mortier en fer légèrement chauffé le styrax, la térébenthine et l'huile volatile de lavande, en y ajoutant peu à peu le mercure jusqu'à disparition complète des globules métalliques. D'autre part, faites liquéfier l'emplâtre simple avec la cire, la colophane et la gomme ammoniaque, et dans ce mélange incorporez les autres substances déjà pulvérisées. Quand l'emplâtre aura pris, par refroidissement, la consistance d'une pommade molle, ajoutez le mélange mercuriel, que vous incorporez en remuant jusqu'à ce que la masse soit homogène. Laissez refroidir et divisez en magdaléons (Codex).

Les *sparadraps* sont des tissus de lin ou de coton recouverts sur une de leurs faces ou sur leurs deux faces d'une couche plus ou moins épaisse de matière emplastique. Ils sont fabriqués le plus souvent au moyen d'emplâtres. Aussi confond-on ces deux topiques sous la dénomination commune d'emplâtres.

Les sparadraps doivent être souples, maniables, suffisamment adhérents, mais sans excès : la couche de substance active ne doit être ni trop épaisse, ni trop mince. Ils doivent être fraîchement préparés.

Le plus connu est le sparadrap de diachylon, qui se prépare en étendant de l'emplâtre de diachylon sur une bande de toile : on peut lui donner plus d'élasticité en y ajoutant une nouvelle quantité de térébenthine.

Citons encore le sparadrap rouge d'E. Vidal, dit emplâtre rouge de Vidal, qui contient :

Minium	2gr,50
Cinabre	1gr,50
Emplâtre diachylon	26 grammes.

F. s. a. Un sparadrap.

Les sparadraps ou emplâtres à l'huile de foie de morue, dont voici une des formules (E. Vidal) :

Emplâtre simple à l'huile de foie de morue. . .	600 grammes.
Cire jaune	250 —
Huile de foie de morue.	350 —

L'emplâtre blanc d'E. Vidal, dont voici la formule :

Emplâtre simple.	600 grammes.
Cire jaune	300 —
Huile blanche	600 —

Mousselines emplâtres. — Depuis quelques années, Unna et Beiersdorf ont perfectionné la fabrication des emplâtres, ou, pour mieux dire, ils ont inventé des préparations nouvelles qui n'ont que le nom de commun avec les emplâtres de l'ancienne pharmacopée.

Le médicament est appliqué pur en couches régulières, sur une mince lamelle de gutta-percha préalablement incorporée à de la mousseline. L'excipient fait presque entièrement défaut et n'est représenté que par une très faible proportion de gomme élastique dissoute dans de la benzine ou dans de l'oléate d'alumine purifié, et qui ne forme qu'une substance agglutinative indifférente et inaltérable : il suffit de 2 à 5 grammes de cette substance adhésive pour fixer sur un rouleau d'un mètre de 30 à 50 grammes de médicament, lequel peut ainsi être employé à son maximum de concentration. Ce qui importe donc ici, c'est la quantité de médicament à étendre par mètre de mousseline : c'est ainsi qu'on gradue l'activité de la préparation (Hallopeau). Tout récemment quelques pharmaciens de Paris sont arrivés à fabriquer des produits semblables à ceux de Beiersdorf.

Ils ont fort souvent modifié leurs formules : voici celles que Portes (hôpital Saint-Louis) a fournies en 1897 à E. Besnier.

Aux huiles chimiquement inertes sur les savons de plomb, on mélange de l'emplâtre simple et de la cire jaune. Exemple : sparadrap à l'huile de Cade, sparadrap à l'huile de foie de morue, sparadrap à l'huile de chaulmoogra, sparadrap créosoté, salicylé, sparadrap blanc, etc...

Aux substances solides ou pâteuses, sans action sur l'emplâtre diachylon et pour lesquelles on n'a point à craindre l'action irritante due aux résines de cet emplâtre, on associe ce dernier. Exemple : sparadrap rouge, sparadrap au calomel, sparadrap iodoformé.

Le sparadrap à l'acide pyrogallique et tous les sparadraps similaires dont le principe est influencé par les combinaisons plombiques sont préparés au contraire sans l'intervention d'aucun savon minéral. La masse est alors constituée par des résines, de la cire, de la térébenthine et de la lanoline caoutchoutée...

Quant au sparadrap à l'oxyde de zinc, s'il semble se rattacher par l'emplâtre simple au mode de faire utilisé pour les emplâtres ayant des huiles comme principe actif, il s'en différencie par la dose énorme de lanoline caoutchoutée qui en est l'excipient primordial.

Le mode de préparation de cette lanoline caoutchoutée est tout spécial ; c'est à sa neutralité vis-à-vis de la peau qu'il faut attribuer tout le succès du sparadrap à l'oxyde de zinc de l'hôpital Saint-Louis ; aussi, en terminant, est-il nécessaire d'insister sur cette préparation.

Sparadrap à l'oxyde de zinc :

Emplâtre simple.	720
Cire jaune	400

Lanoline caoutchoutée	1 800
Oxyde de zinc	600

Mode opératoire. — 150 grammes de caoutchouc brun très ductile (caoutchouc à ballons élastiques) sont mis à macérer dans un grand flacon bouché à l'émeri avec 3 000 grammes de chloroforme, et agités à plusieurs reprises chaque jour, jusqu'à ce que la masse soit tout à fait homogène. Ce résultat obtenu, on verse alors cette masse dans la cucurbite d'un alambic, où, au préalable, on a placé 1 800 grammes de lanoline ; puis le tout est chauffé au bain-marie, après avoir ajusté un chapiteau et relié celui-ci au réfrigérant d'un bon appareil distillatoire.

Quand tout le chloroforme a distillé, ce dont on s'aperçoit au passage de gouttelettes aqueuses provenant de l'eau qui contient toujours la lanoline, on continue encore quelques minutes, puis on cesse l'opération, et on verse le tout dans une bassine où l'on a liquéfié l'emplâtre simple 720 grammes et la cire 400 grammes ; on mélange à l'oxyde de zinc, on amène à consistance convenable, et il ne reste plus qu'à étaler sur des bandes de calicot. » (L. Portes.)

« Cavaillès prépare tous ses emplâtres avec une masse formée de parties égales de vaseline, de résine et de solution de caoutchouc ; il fait fondre la résine et la vaseline à chaud, et il y ajoute la solution de caoutchouc. Il obtient ainsi une masse semi-liquide quand elle est refroidie. C'est dans cette masse qu'il incorpore *à froid* les substances actives à la dose de 5, 10 et jusqu'à 30 p. 100 : il délaye le médicament finement pulvérisé dans une petite quantité d'huile ou de vaseline et l'ajoute à froid à son mélange caoutchouté ; il agite bien et obtient ainsi une masse homogène qu'il coule au sparadrapier sur des bandes de toile imperméables et aseptiques se rapprochant le plus possible de la couleur de la peau. Il laisse évaporer ses bandes dans un séchoir à air froid, ou mieux à l'étuve pour les emplâtres qui ne craignent pas une chaleur douce. Tel est le mode général de préparation qu'il emploie pour les principaux emplâtres : aristol, iodoforme, salol, acide salicylique, résorcine, acide pyrogallique, chrysophanique. Il obtient ainsi des sparadraps fins, souples, non cassants, se conservant bien et n'ayant subi aucune cause d'altération par la chaleur et par les sels de plomb comme dans les anciennes préparations des emplâtres (incorporation à chaud de la substance active dans du diachylon ou de l'emplâtre simple).

Pour l'emplâtre au taffetas de Vigo (mercuriel) et l'emplâtre rouge de Vidal (minium et cinabre), il coule la masse emplastique sur un tissu de soie rose de manière à avoir des emplâtres très fins et très souples.

Quant à l'emplâtre d'oxyde de zinc qui doit absolument ne pas être irritant, il supprime la résine, et il la remplace par de la cire blanche en ayant soin de bien évaporer la solution de caoutchouc avant de tirer l'emplâtre, et de laisser longtemps à l'étuve les bandes d'emplâtre... » (E. Besnier, *Traité de Thérapeutique appliquée* d'A. Robin : spécialités : *Traitement des maladies de la peau*, 1re partie, p. 179-180).

La masse employée par *F. Vigier* est composée de :

Gomme dammar triée	50 grammes.
Lainine anhydre	60 —
Cire jaune	30 —
Poudre d'iris	20 —
Solution éthérée de caoutchouc à 1/10	200 —

Faire fondre la gomme dammar et la cire, ajouter la poudre d'iris ; maintenir le

mortier dans l'eau bouillante, et ajouter la solution de caoutchouc en remuant jusqu'à évaporation de l'éther.

Quand on incorpore un agent médicamenteux, le sous-nitrate de bismuth par exemple, on le porphyrise avec de la lainine, et on l'ajoute avec la poudre d'iris à la gomme dammar fondue (*Ibid*).

Voici comment *Debuchy* prépare l'emplâtre à l'oxyde de zinc :

Chauffer le mélange d'huile d'olive pure, d'oxyde et d'eau jusqu'à saponification ; celle-ci obtenue, laver la masse des sels gras formés à l'eau pure tiède en grande quantité et à plusieurs reprises ; au besoin exprimer légèrement dans un linge serré préalablement stérilisé ; mélanger ensuite à 30 p. 100 environ de gomme dammar kauri ; à cet excipient particulier il suffit, pour avoir la masse emplastique totale, d'ajouter, dans un rapport calculé aisément suivant le dosage prescrit en oxyde de zinc, partie d'une pommade d'oxyde de zinc à la lanoline ou à la vaseline. On étend ensuite sur une batiste fine purifiée et étuvée, et l'on soustrait rapidement à l'air les bandes recouvertes d'emplâtre ; sans les laisser sécher librement comme on peut le faire pour certains autres sparadraps.

Si l'on veut un sparadrap d'oxyde de zinc au caoutchouc, le choix du liquide de dilution du caoutchouc devra apporter certains changements dans la préparation de la masse primitive : c'est ainsi qu'avec le sulfure de carbone, il sera préférable d'employer la pommade d'oxyde de zinc à l'huile de vaseline. S'il s'agit du chloroforme, neutre toujours, l'évaporer entièrement après incorporation de la masse caoutchouteuse dans l'emplâtre. Quant à la benzine, ne se servir que de benzine absolument exempte d'autres produits de la distillation. Il est préférable de faire agir sur le caoutchouc l'éther de pétrole, de reprendre par la benzine pure ; le rapport du mélange est d'environ 6 à 10 p. 100. Mélanger ensuite au bain-marie et évaporer doucement.

Pour le sparadrap à la résorcine faire fondre d'abord colophane, cire jaune, puis lanoline ; le tout fondu, ajouter du savon sans glycérine et chauffer doucement une heure environ. Passer cet excipient dans un linge purifié et ajouter la résorcine dans le rapport de 5 p. 100 sans élever la température...

Pour le sparadrap à l'huile de Cade, faire un mélange dans le rapport de 2 à 1 de la masse caoutchoutée avec l'huile de cade ; laisser en contact quarante-huit heures environ en vase clos, évaporer et étaler sur un tissu. Le sparadrap ainsi obtenu est très adhésif. Si on le veut moins collant, faire un mélange de cire du Japon, gomme dammar et suif. Après avoir fondu, ajouter l'huile de cade (E. Besnier : *Ibid*).

Quoi qu'il en soit du mode de fabrication respectif de ces divers produits, les médecins français doivent savoir qu'ils trouveront maintenant dans le commerce les emplâtres suivants, qui leur rendront parfois de signalés services :

Emplâtre à l'oxyde de zinc au dixième.
— — et à l'acide borique au dixième.
— — et à l'acide salicylique au cinquantième.
— — au dixième et à l'essence de menthe (eczéma, lichen, dermatoses à tendances inflammatoires et prurigineuses).
— à l'huile de foie de morue pure ou renfermant un vingtième de naphtol ou un centième d'acide phénique (lichen, prurigo).
— à l'huile de cade au dixième (psoriasis).
— à l'acide salicylique au dixième ou au vingtième (psoriasis, lichen, kératomes).
— au savon noir (acné, kératomes, lupus érythémateux).
— à l'acide borique au dixième (impétigo).
— — pyrogallique au dixième ou au vingtième (psoriasis).

Emplâtre à la résorcine et à la créosote (lupus).
— — et à l'ichthyol (acné, lupus).
— à la créosote, résorcine, acide pyrogallique et acide salicylique (lupus).
— à l'iodoforme au dixième (lupus, ulcérations).
— mercuriel (formule de Vigo) (lupus, psoriasis, teigne).
— rouge (formule Vidal) (ecthyma, psoriasis, lupus), etc., etc...

On a proposé de se servir de l'emplâtre simple comme d'un excipient pour fabriquer certaines pommades. C'est ainsi que Veyrières emploie les deux formules suivantes pour l'huile de Cade :

Huile de cade	ãã parties égales.
Emplâtre simple	

ou mieux :

Huile de cade	40 grammes.
Emplâtre simple	ãã 10 —
Cire jaune	

M. s. a.

Vernis non solubles dans l'eau. — « Sous le nom de vernis non solubles dans l'eau on désigne des topiques qui, appliqués sur la peau... laissent par évaporation une pellicule mince, souple, non friable qu'on ne peut pas détacher par un lavage à l'eau, mais qu'on enlève facilement avec de l'alcool, de l'éther, de la benzine, ou encore mécaniquement. Ces vernis protègent la peau contre l'air et contre les irritants extérieurs : ils exercent en outre une véritable compression mécanique plus ou moins forte, ce qui permet de les classer parmi les agents décongestionnants et antiphlogistiques.

« Dans son travail sur la perspiration cutanée (9e *Congrès de médecine interne*, 1890), Unna a montré que si l'on compare ces vernis au point de vue de leur perméabilité à la vapeur d'eau, il faut en distinguer deux catégories nettement différentes. Le caoutchouc et la gutta-percha, aussi bien que le collodion, ne sont pas mouillés par l'eau à l'état liquide et lui opposent une barrière infranchissable : au contraire ces corps se comportent de façon très dissemblable vis-à-vis de la vapeur d'eau.

« En effet le caoutchouc et la gutta-percha sont imperméables aussi pour la vapeur d'eau et par conséquent pour la perspiration cutanée ; une pellicule de collodion, au contraire, loin de s'opposer à cette perspiration, la favorise plutôt, elle agit donc comme un revêtement de colle... » (Leistikow, *loc. cit.*, Traduct. Darier, p. 43-50).

Collodions. — Les collodions sont des dissolutions de fulmicoton dans un mélange d'éther et d'alcool.

Étendus sur les téguments ils se dessèchent rapidement et forment une pellicule adhérente. Quand on emploie le collodion préparé comme nous venons de le dire, cette pellicule est dure, rigide, se rétracte, se fendille, et tire sur les téguments; elle est donc douloureuse et irritante. On prévient ces inconvénients en ajoutant au collodion un peu d'huile de ricin : on a alors le collodion dit élastique dont voici la formule :

Fulmicoton	5 grammes.
Alcool à 95°	20 —
Ether rectifié du commerce	75 —
Huile de ricin	7 —

(Codex).

Souvent aussi on ajoute un peu de térébenthine.

Depuis quelques années, on a songé à se servir du collodion comme d'un excipient ; on y a incorporé diverses substances actives comme le bichlorure d'hydrargyre, l'acide pyrogallique, l'acide chrysophanique, l'acide salicylique, et on a voulu traiter certaines affections cutanées par ces collodions médicamenteux.

Il suffit pour cela d'en badigeonner les surfaces malades et d'en répéter les applications plus ou moins souvent suivant les effets produits.

Les grands avantages des collodions sont leur fixité et leur propreté absolue : ils agissent plus énergiquement que les pommades qui renferment les mêmes doses de substances actives. Mais ils sont parfois douloureux et irritants : aussi, quand on les emploie, doit-on surveiller les malades de très près. Il est urgent de procéder à une désinfection soigneuse des téguments sur lesquels on va les appliquer : si l'on ne prend pas cette précaution, il se développe fort souvent au-dessous de la couche collodionnée des pyodermites, des lymphangites, des abcès.

Traumaticines. — On donne le nom de *traumaticine* à une dissolution d'une partie de gutta-percha purifiée dans neuf parties de chloroforme (Auspitz).

Cette préparation reste adhérente à la peau pendant deux ou trois jours, et forme une pellicule très mince, non douloureuse et peu irritante. Elle s'applique parfaitement grâce à son élasticité. Aussi l'a-t-on proposée pour remplacer les collodions médicamenteux.

On l'emploie d'ordinaire après y avoir incorporé une substance active, en particulier l'acide chrysophanique ou l'acide pyrogallique. On peut aussi faire d'abord sur les parties malades une application de la substance active, puis recouvrir le tout d'une couche de traumaticine.

On ne se sert guère de cet excipient que dans le psoriasis et les affections parasitaires.

Pellicules. — On a essayé de remplacer les collodions par des topiques ayant leurs propriétés d'adhérence et d'imperméabilité, mais n'en ayant pas l'action irritante. On a trouvé l'excipient suivant, auquel on peut incorporer la substance active que l'on veut :

Fulmicoton		6 grammes.
Acétone	ãã 40	—
Ether alcoolisé		
Huile de ricin		8 —

M. s. a.

On lui a donné le nom de *pellicule adhésive*.

On en a préparé à l'acide chrysophanique, à l'acide pyrogallique, à l'huile de betula alba, à l'ichthyol, au naphtol, à l'oxyde de zinc, à la résorcine, etc... (F. Vigier).

Le *filmogène* de Schiff est une préparation analogue qui consiste essentiellement en une solution de celluloïdine dans de l'acétone avec addition d'un peu d'huile.

Savons. — On donne le nom de savons aux combinaisons des acides gras (stéarique, palmitique, oléique) avec les oxydes métalliques (potasse, soude). Nous ne pouvons entrer ici dans les détails intimes de la fabrication des savons : ils sont du ressort de la pharmacologie et de la chimie.

Au point de vue pratique, on doit distinguer deux principales sortes de savons. Ce sont les savons mous et les savons durs.

1° Les *savons mous* sont à base de potasse ; on les appelle aussi savons noirs, savons verts. Ils sont préparés le plus souvent avec des huiles de qualité inférieure, telles que les huiles de lin, de chènevis, d'œillette, de colza, etc... Ils renferment toute la glycérine produite et toute la lessive de potasse employée à la saponification.

Ils contiennent donc presque toujours un excès d'alcali. Ils sont colorés en vert ou en noir par du sulfate de fer, par du sulfate de cuivre, par de la noix de galle ou du bois de campêche.

Ces savons mous de potasse sont des agents précieux en dermatologie. Ils décapent merveilleusement bien les plaques malades. Seuls ou combinés à de l'alcool, à du soufre, à de l'huile de cade, etc., ils constituent des topiques excellents pour les lupus, les séborrhées, les eczémas séborrhéiques, les acnés, les psoriasis, etc.

Ce sont des préparations plus ou moins caustiques, suivant les excès de potasse qu'elles contiennent : il faut donc toujours surveiller de très près leurs effets.

L'esprit de savon de potasse de Hebra est composé de :

Savon noir	100 grammes.
Alcool à 95°.	50 —
Essence de lavande	0gr,50

C'est une excellente préparation pour décaper les téguments et favoriser l'action des topiques qu'on y applique.

Les parfumeurs vendent sous le nom de *crèmes* des savons mous d'une fabrication plus soignée ; ils sont obtenus par l'action de la lessive de potasse sur l'axonge blanche ou sur l'huile de coco.

Voici une formule de Vicario citée par Darier :

Huile de coco	200 grammes.
Potasse caustique pure.	70 —
Eau distillée	600 —

Puis ajouter pour 100 grammes de cette préparation :

Stéarine	20 grammes.
Eau distillée	20 —

2° Les *savons durs* sont à base de soude : on les emploie journellement pour les soins de toilette. Leur type est le savon de Marseille : il est neutre, doux à la peau, et ne saurait être trop recommandé pour l'usage journalier.

La plupart des savons de toilette sont des savons ordinaires faits avec des matières premières de qualité choisie et purifiées avec soin : pour les fabriquer on emploie l'axonge, le suif de bœuf ou de mouton, l'huile de palme, l'huile de coco ; on les aromatise avec des huiles essentielles diverses.

Les savons transparents sont des savons bien desséchés qui ont été dissous à chaud dans l'alcool très concentré.

Dans ces derniers temps, on a fabriqué des savons durs médicamenteux qui peuvent rendre des services. Citons parmi les plus utilisés : le savon ponce (dont

il existe trois numéros, chaque numéro correspondant à la grosseur du grain de la poudre de pierre ponce incorporée), les savons au goudron, au goudron et au borate de soude, au borax, au naphtol, à l'ichthyol, à la résorcine, à l'acide salicylique, à l'acide borique, à l'huile de foie de morue, à l'huile de croton, au bichlorure de mercure, au Panama, au pétrole, au soufre, à la créoline, etc., etc.

Dans une série de recherches des plus intéressantes, Unna a montré toute l'importance qu'ont les savons en dermatologie. On sait que le savon pénètre facilement l'épiderme et qu'on rend un médicament beaucoup plus énergique en l'incorporant à un savon et en l'appliquant sous cette forme sur les téguments.

Voici quelles sont les précautions que l'auteur allemand réclame pour leur préparation :

1° Il ne faut employer que le meilleur suif de bœuf : le savon est plus mousseux quand on le fait avec de l'huile de noix de coco, mais il peut alors à la longue rendre la peau rugueuse.

2° On ne se servira que de lessives de soude et de potasse récemment préparées et en proportion telle que la masse saponifiée ait une réaction absolument neutre. Il est préférable que les savons contiennent deux parties de soude et une partie de potasse : on a ainsi un savon plus solide qu'un savon de potasse et plus actif qu'un savon de soude pure (Unna).

3° Il faut ajouter une partie d'huile d'olive pour huit parties de graisse nécessaires à la saponification, afin d'éviter une sécheresse désagréable de la peau.

4° Le savon ne doit pas contenir de parfums.

Voici la formule que donne Unna pour ce qu'il appelle son *savon fondamental avec excès de graisse :*

Excellent suif de bœuf.	16 parties.
Huile d'olive	2 —
Lessive de soude à 38° B	6 —
Lessive de potasse	3 —

Ce savon parfaitement pur et neutre, d'un blanc jaunâtre, donne à la peau une sensation agréable de souplesse; il doit être employé pour les enfants et dans toutes les dermatoses où le savon ordinaire est défendu.

En incorporant à ce savon fondamental un cinquième de poudre de marbre finement pulvérisée, on a un savon qui remplace très avantageusement le savon de pierre ponce.

Le savon à l'ichthyol d'Unna contient une partie de sulfo-ichthyolate de soude pour neuf parties de savon fondamental : on s'en sert surtout dans l'acné et les folliculites.

Unna a fait aussi préparer les savons médicamenteux suivants :

Savon salicylé avec excès de graisse contenant :

95 parties de savon avec excès de graisse ;
2 — d'acide salicylique.

(Dermatoses parasitaires, eczémas rebelles, prurigineux, acné.)

Savon au tannate de soude :

90 parties de savon fondamental ;
10 — de tannate de soude.

Savon au tannate de zinc :

97 parties de savon fondamental ;
3 — de tannate de zinc.

Savon au goudron (contenant 5 p. 100 de poix liquide), etc...

Glycérolés de savon. — H. Hébra a proposé d'employer comme excipient général pour les médicaments destinés au traitement des dermatoses une préparation composée de 80 parties de glycérine parfaitement neutre et de 20 parties de savon de noix de coco pur : c'est ce qu'il appelle le glycérolé de savon à 80 p. 100. On peut aussi se servir d'un glycérolé de savon à 92 p. 100, renfermant 8 parties de savon pour 92 parties de glycérine. On leur incorpore avec une égale facilité soit des acides (acide salicylique), soit des bases (oxyde de zinc), soit de la résorcine, du soufre, de l'ichthyol, etc... Ces préparations ont sur les autres savons, sur les pommades et sur les onguents l'avantage de se conserver longtemps, de se fluidifier à la température du corps, et de se solubiliser dans l'eau.

Choix du mode d'application des médicaments (Résumé). — Des explications qui précèdent il ressort que le mode d'emploi et d'application d'un médicament externe est presque aussi important que son choix.

Employé sous forme de lotion, de pâte poreuse, de pommade, d'emplâtre, etc..., il n'a plus du tout les mêmes effets. Il y a là une question d'une importance capitale sur laquelle Unna, Leistikow et Darier ont insisté avec beaucoup de raison, et que le praticien doit connaître.

Quand on veut agir superficiellement, il faut employer la substance sous forme pulvérulente ou sous forme de pâte : quand on veut agir profondément, on l'utilise sous forme de pommades ou d'emplâtres.

D'ailleurs les indications se déduisent : 1° de la nature de la dermatose ; 2° de l'état des téguments ; 3° des nécessités de l'existence.

1° et 2° *Nature de la dermatose, — et état des téguments.* — Quand la dermatose est très aiguë, quand les téguments sont rouges, enflammés, suintants, il faut choisir des topiques émollients, des bains, des lotions, des cataplasmes, des pulvérisations, etc... Si la peau du malade ne supporte pas les applications humides, on emploie les poudres sèches : d'autres sujets ne toléreront que les corps gras, axonge fraîche non benzoïnée, liniment oléo-calcaire.

Si les téguments ne sont que modérément enflammés et si l'on ne veut avoir qu'un effet superficiel, on a recours aux pâtes, aux crèmes, etc... ; si l'on veut avoir une action énergique aux pommades, enfin aux emplâtres (voir plus haut).

Si le prurit est intense, on pratique l'occlusion, et, suivant les indications, soit sous forme d'enveloppements hermétiques, soit sous forme de pâtes épaisses, de vernis, de colles, d'emplâtres.

Si la peau est sèche, peu irritable, on prescrit d'emblée les pommades énergiques, les agents puissamment réducteurs.

3° *Nécessités de l'existence.* — Les nécessités de l'existence modifient souvent le mode d'intervention thérapeutique. C'est ainsi que pour permettre aux malades d'aller, de venir, de vaquer à leurs occupations journalières, on est souvent obligé de s'en tenir pour le jour à des applications d'enduits ou de pansements protecteurs : gants de caoutchouc, colles, emplâtres, enveloppements secs ou humides suivant les indications tirées de la maladie. La nuit on fait le traitement qui est le plus directement approprié à la dermatose.

B. — Des diverses médications locales

Il est d'usage dans la plupart des traités de dermatologie, de passer en revue chaque médicament employé comme topique dans les affections cutanées, et d'en analyser les propriétés physiques, chimiques, pharmaceutiques et thérapeutiques. Cette énumération nous paraît fastidieuse et a un caractère trop accentué d'ouvrage de matière médicale. Nous renvoyons pour cela aux traités de thérapeutique et de pharmacologie, et nous synthétiserons et abrégerons considérablement cette partie de la thérapeutique générale cutanée.

Nous suivrons le plan que nous avons adopté dans notre petit ouvrage de 1894, plan que depuis lors Leredde a repris et considérablement agrandi dans son ouvrage sur la *Thérapeutique des maladies de la peau.*

Vue d'ensemble des diverses médications locales cutanées. — Les dermatoses, avons-nous dit plus haut, peuvent être causées par des parasites d'origine externe et par des microbes : il est donc tout naturel de les guérir en combattant directement ces grandes causes pathogènes : il en dérive une méthode générale de traitement local dite antiparasitaire; laquelle se subdivise en trois méthodes secondaires :

a) *La médication aseptique;*

b) *La médication parasiticide* proprement dite;

c) *La médication antimicrobienne* ou *antiseptique.*

Les dermatoses peuvent en outre être causées par le contact d'agents irritants, de traumatismes divers qui blessent les téguments, les enflamment, d'où la méthode de thérapeutique locale destinée à combattre ces symptômes, *médication émolliente, résolutive, antiphlogistique.*

Elles peuvent présenter des lésions spéciales des tissus qu'il s'agit de modifier : d'où de nombreuses méthodes dont l'importance est peut-être exagérée à l'heure actuelle; et dont les principales sont :

La méthode siccative pour épuiser des suintements;

La méthode substitutive pour provoquer une inflammation franche au niveau de lésions torpides : c'est à elle que se rattache la *méthode réductrice*;

La méthode kératolytique pour faire tomber les couches cornées hypertrophiées; *la méthode exfoliante* en est une variété;

La méthode irritante et révulsive pour ranimer la vitalité des tissus;

La méthode antiprurigineuse, très touffue, très multiple, par laquelle on tâche de calmer les sensations douloureuses de la peau, et surtout le prurit;

La méthode destructrice qui a pour but de détruire les tissus de mauvaise nature; on lui rattache *la méthode caustique :*

On pourrait aussi annexer à la méthode destructrice les *méthodes sanglante* et *électrothérapeutique;* mais ces deux méthodes ont une telle importance, une action tellement complexe et touffue qu'il convient d'en faire des chapitres à part sous les noms de *raclage, scarification, électrocautérisation, électrolyse, électrothérapie proprement dite* (comprenant les courants continus, l'électricité statique, les courants de haute fréquence), *photothérapie, radiothérapie.*

1° Médication antiparasitaire. — a) *Médication aseptique.* — Quand on étudie les effets des substances antiseptiques sur les téguments, on est frappé de voir que

dans nombre de cas, elles provoquent des éruptions artificielles et des réactions nflammatoires grâce auxquelles les microbes pathogènes des dermatoses pullulent au lieu d'être anéantis. L'acide phénique, le sublimé, l'iodoforme, le salol, etc... pour ne parler que des principaux produits de la médication antiseptique ne sont utilisés qu'avec réserve et répugnance par les dermatologistes qui ont quelque pratique; la plupart même en déconseillent formellement l'emploi.

Il était donc tout naturel de songer à faire pour les téguments ce que beaucoup de chirurgiens modernes s'efforcent d'obtenir à l'heure actuelle pour leurs opérations : au lieu de l'antisepsie, ils font en effet maintenant de l'asepsie.

Malheureusement, quand on tente de réaliser cet idéal, on se heurte à des difficultés pour ainsi dire insurmontables. On sait combien il est difficile d'aseptiser totalement une surface cutanée et de la maintenir en état d'asepsie. Il faut la savonner longuement, la brosser, la laver à l'alcool et à l'éther, puis encore à l'alcool : après quoi il faut la recouvrir hermétiquement d'un pansement rigoureusement aseptique. Certes, il est des dermatoses torpides, non irritables, pour lesquelles ces manœuvres sont acceptables, mais ce sont précisément celles pour lesquelles l'asepsie n'est que peu ou point importante à réaliser.

Cependant ce procédé pourra rendre quelques services dans certains cas de lupus vulgaire, de syphilides tertiaires, d'ulcères variqueux, etc... infectés secondairement de pyodermites. On ouvrira largement les pustules, on enlèvera totalement l'épiderme décollé, on détergera le pus avec de l'ouate aseptique, on savonnera à l'eau bouillie, on lavera avec de l'alcool, de l'éther, puis de l'alcool camphré, et on fera le pansement aseptique réclamé par la dermatose première.

Mais, dans les cas d'érythème, surtout d'érythème polymorphe, de dermatite polymorphe douloureuse, de prurigo, d'eczéma, et même de séborrhéïdes, cette méthode n'est guère applicable dans toute son énergie. Elle doit être mitigée. Elle revient alors à une toilette minutieuse des téguments faite avec de l'eau bouillie, quand c'est possible avec du bon savon neutre, puis avec de l'éther.

Les pansements doivent toujours être faits avec la plus absolue propreté. Les mains seront désinfectées, les pièces de pansement et les topiques stérilisés. Ce sont là des principes généraux qu'il convient de mettre constamment en pratique dans le traitement local des dermatoses.

Voici des règles que formule le Dr Leredde, et nous ne saurions trop insister sur leur importance : « *a*) Toute formation cavitaire infectée ou susceptible de s'infecter doit être largement ouverte ; *b*) toutes croûtes, tous produits de sécrétion coagulables doivent être enlevés au fur et à mesure de leur formation qu'il faut même chercher à éviter toutes les fois que la chose est possible. »

Nous avons vu plus haut quels sont les procédés que l'on peut employer pour ramollir et enlever les croûtes et les débris épidermiques, ce sont les lotions, les pulvérisations, les enveloppements plus ou moins humides selon les cas, avec ou sans application préalable de pâte sur les régions malades et surtout à leur périphérie pour prévenir la macération des régions saines (voir enveloppements).

Les pansements seront faits avec des poudres inertes (voir ce mot) aseptisées, mises en grande quantité sur les régions malades et maintenues en place avec une fine tarlatane sans apprêt : il faut que la poudre soit appliquée en quantité suffisante pour que la tarlatane ne colle pas aux téguments. On peut aussi panser directement avec de la tarlatane aseptique pliée en 12 ou 15 épaisseurs, imbibée d'eau longuement bouillie, exprimée, recouverte d'une feuille d'ouate plus ou moins épaisse suivant les cas et de taffetas chiffon. On peut enfin appliquer d'abord une

pâte épaisse de zinc ou de bismuth sur les téguments, puis mettre la tarlatane aseptique imbibée, puis exprimée, l'ouate et le taffetas (voir enveloppements).

b) *Médication parasiticide proprement dite.* — La médication parasiticide proprement dite est une des formes de la médication anti-parasitaire : elle a pour but de détruire les parasites spéciaux, animaux ou végétaux qui vivent et qui prolifèrent à la surface des téguments.

Rien de plus logique et de plus facile à appliquer que cette médication quand il s'agit de parasites animaux. Nous avons dans le sublimé, dans l'arsenic, dans le pétrole quand il s'agit de poux ; dans le soufre, le pétrole, le baume du Pérou, le styrax quand il s'agit d'acares, des substances d'une grande énergie qui, mises en contact avec le parasite, le font périr rapidement.

Mais la question est déjà moins simple quand il s'agit de parasites végétaux : nous ne connaissons encore aucune substance qui puisse vraiment être considérée comme le spécifique du favus, de la trichophytie, et même du pityriasis versicolor. Nous savons que l'iode d'abord et surtout[1], puis que le soufre, l'ichthyol, l'acide chrysophanique, les divers agents réducteurs, le mercure et ses composés, l'acide phénique, le formol, l'acide borique, le camphre, la térébenthine, l'huile de croton, l'acide salicylique, etc..., exercent une certaine action sur ces parasites. Mais cette action est bien variable et s'opère par des mécanismes bien différents, par desquamation, réduction, destruction directe, etc...

c) *Médication anti-microbienne ou antiseptique.* — La médication antiseptique semble au premier abord devoir donner des résultats extraordinaires dans le traitement local des dermatoses. Il n'en est malheureusement rien. — Comme nous l'avons dit plus haut, l'application sur les téguments à vif des antiseptiques usuels tels que le sublimé, l'acide phénique, le formol, l'iodoforme, le salol, etc..., donne presque toujours des résultats déplorables en ce sens qu'il survient des inflammations cutanées violentes, des éruptions artificielles qui se propagent avec rapidité, parfois même de véritables escarres. Loin d'être détruits, les microbes cutanés pullulent avec une remarquable violence à la suite de ces pansements.

La médication antiseptique proprement dite n'est vraiment indiquée que dans quelques cas assez rares et ne doit être utilisée qu'avec beaucoup de prudence en employant des médicaments peu irritants tels que l'acide borique, le camphre, le soufre, le goudron et ses dérivés. C'est ainsi que dans l'impetigo contagiosa ou de Tilbury Fox, dans le Pemphigus épidémique, dans l'Ecthyma, dans les folliculites suppurées, etc..., le nettoyage soigneux des surfaces malades, avec de l'eau boriquée, ou de l'eau oxygénée diluée, l'enlèvement des lambeaux d'épiderme décollé, les cautérisations légères avec de l'eau d'Alibour[2] étendue d'eau bouillie, ou avec de l'alcool camphré, ou avec une solution de nitrate d'argent au 1/25, ou avec de l'eau oxygénée à 12 volumes neutre, coupée de 5 à 10 fois son volume d'eau bouillie, ou avec des solutions faibles de permanganate de potasse, puis des pansements avec des poudres inertes, avec des pâtes boriquées, ou avec des emplâtres au minium et au cinabre (emplâtre rouge d'E. Vidal) donnent des résultats excellents.

En réalité, il ne faut autant que possible employer les antiseptiques que comme lotions, comme applications passagères ; il faut se défier de leur application permanente comme pansements, à la surface des téguments malades. Il est des cas

[1] L'iode semble d'ailleurs agir comme desquamant.

[2] L'eau d'Alibour est composée de : sulfate de zinc, sulfate de cuivre àà 4 grammes, camphre 5 décigrammes, safran 2 décigrammes ; faire digérer en agitant le mélange dans eau commune 120 grammes; après vingt-quatre heures, filtrer.

dans nombre de cas, elles provoquent des éruptions artificielles et des réactions nflammatoires grâce auxquelles les microbes pathogènes des dermatoses pullulent au lieu d'être anéantis. L'acide phénique, le sublimé, l'iodoforme, le salol, etc... pour ne parler que des principaux produits de la médication antiseptique ne sont utilisés qu'avec réserve et répugnance par les dermatologistes qui ont quelque pratique; la plupart même en déconseillent formellement l'emploi.

Il était donc tout naturel de songer à faire pour les téguments ce que beaucoup de chirurgiens modernes s'efforcent d'obtenir à l'heure actuelle pour leurs opérations : au lieu de l'antisepsie, ils font en effet maintenant de l'asepsie.

Malheureusement, quand on tente de réaliser cet idéal, on se heurte à des difficultés pour ainsi dire insurmontables. On sait combien il est difficile d'aseptiser totalement une surface cutanée et de la maintenir en état d'asepsie. Il faut la savonner longuement, la brosser, la laver à l'alcool et à l'éther, puis encore à l'alcool : après quoi il faut la recouvrir hermétiquement d'un pansement rigoureusement aseptique. Certes, il est des dermatoses torpides, non irritables, pour lesquelles ces manœuvres sont acceptables, mais ce sont précisément celles pour lesquelles l'asepsie n'est que peu ou point importante à réaliser.

Cependant ce procédé pourra rendre quelques services dans certains cas de lupus vulgaire, de syphilides tertiaires, d'ulcères variqueux, etc... infectés secondairement de pyodermites. On ouvrira largement les pustules, on enlèvera totalement l'épiderme décollé, on détergera le pus avec de l'ouate aseptique, on savonnera à l'eau bouillie, on lavera avec de l'alcool, de l'éther, puis de l'alcool camphré, et on fera le pansement aseptique réclamé par la dermatose première.

Mais, dans les cas d'érythème, surtout d'érythème polymorphe, de dermatite polymorphe douloureuse, de prurigo, d'eczéma, et même de séborrhéïdes, cette méthode n'est guère applicable dans toute son énergie. Elle doit être mitigée. Elle revient alors à une toilette minutieuse des téguments faite avec de l'eau bouillie, quand c'est possible avec du bon savon neutre, puis avec de l'éther.

Les pansements doivent toujours être faits avec la plus absolue propreté. Les mains seront désinfectées, les pièces de pansement et les topiques stérilisés. Ce sont là des principes généraux qu'il convient de mettre constamment en pratique dans le traitement local des dermatoses.

Voici des règles que formule le Dr Leredde, et nous ne saurions trop insister sur leur importance : « *a*) Toute formation cavitaire infectée ou susceptible de s'infecter doit être largement ouverte ; *b*) toutes croûtes, tous produits de sécrétion coagulables doivent être enlevés au fur et à mesure de leur formation qu'il faut même chercher à éviter toutes les fois que la chose est possible. »

Nous avons vu plus haut quels sont les procédés que l'on peut employer pour ramollir et enlever les croûtes et les débris épidermiques, ce sont les lotions, les pulvérisations, les enveloppements plus ou moins humides selon les cas, avec ou sans application préalable de pâte sur les régions malades et surtout à leur périphérie pour prévenir la macération des régions saines (voir enveloppements).

Les pansements seront faits avec des poudres inertes (voir ce mot) aseptisées, mises en grande quantité sur les régions malades et maintenues en place avec une fine tarlatane sans apprêt : il faut que la poudre soit appliquée en quantité suffisante pour que la tarlatane ne colle pas aux téguments. On peut aussi panser directement avec de la tarlatane aseptique pliée en 12 ou 15 épaisseurs, imbibée d'eau longuement bouillie, exprimée, recouverte d'une feuille d'ouate plus ou moins épaisse suivant les cas et de taffetas chiffon. On peut enfin appliquer d'abord une

pâte épaisse de zinc ou de bismuth sur les téguments, puis mettre la tarlatane aseptique imbibée, puis exprimée, l'ouate et le taffetas (voir enveloppements).

b) *Médication parasiticide proprement dite.* — La médication parasiticide proprement dite est une des formes de la médication anti-parasitaire : elle a pour but de détruire les parasites spéciaux, animaux ou végétaux qui vivent et qui prolifèrent à la surface des téguments.

Rien de plus logique et de plus facile à appliquer que cette médication quand il s'agit de parasites animaux. Nous avons dans le sublimé, dans l'arsenic, dans le pétrole quand il s'agit de poux ; dans le soufre, le pétrole, le baume du Pérou, le styrax quand il s'agit d'acares, des substances d'une grande énergie qui, mises en contact avec le parasite, le font périr rapidement.

Mais la question est déjà moins simple quand il s'agit de parasites végétaux : nous ne connaissons encore aucune substance qui puisse vraiment être considérée comme le spécifique du favus, de la trichophytie, et même du pityriasis versicolor. Nous savons que l'iode d'abord et surtout[1], puis que le soufre, l'ichthyol, l'acide chrysophanique, les divers agents réducteurs, le mercure et ses composés, l'acide phénique, le formol, l'acide borique, le camphre, la térébenthine, l'huile de croton, l'acide salicylique, etc..., exercent une certaine action sur ces parasites. Mais cette action est bien variable et s'opère par des mécanismes bien différents, par desquamation, réduction, destruction directe, etc...

c) *Médication anti-microbienne ou antiseptique.* — La médication antiseptique semble au premier abord devoir donner des résultats extraordinaires dans le traitement local des dermatoses. Il n'en est malheureusement rien. — Comme nous l'avons dit plus haut, l'application sur les téguments à vif des antiseptiques usuels tels que le sublimé, l'acide phénique, le formol, l'iodoforme, le salol, etc..., donne presque toujours des résultats déplorables en ce sens qu'il survient des inflammations cutanées violentes, des éruptions artificielles qui se propagent avec rapidité, parfois même de véritables escarres. Loin d'être détruits, les microbes cutanés pullulent avec une remarquable violence à la suite de ces pansements.

La médication antiseptique proprement dite n'est vraiment indiquée que dans quelques cas assez rares et ne doit être utilisée qu'avec beaucoup de prudence en employant des médicaments peu irritants tels que l'acide borique, le camphre, le soufre, le goudron et ses dérivés. C'est ainsi que dans l'impetigo contagiosa ou de Tilbury Fox, dans le Pemphigus épidémique, dans l'Ecthyma, dans les folliculites suppurées, etc..., le nettoyage soigneux des surfaces malades, avec de l'eau boriquée, ou de l'eau oxygénée diluée, l'enlèvement des lambeaux d'épiderme décollé, les cautérisations légères avec de l'eau d'Alibour[2] étendue d'eau bouillie, ou avec de l'alcool camphré, ou avec une solution de nitrate d'argent au 1/25, ou avec de l'eau oxygénée à 12 volumes neutre, coupée de 5 à 10 fois son volume d'eau bouillie, ou avec des solutions faibles de permanganate de potasse, puis des pansements avec des poudres inertes, avec des pâtes boriquées, ou avec des emplâtres au minium et au cinabre (emplâtre rouge d'E. Vidal) donnent des résultats excellents.

En réalité, il ne faut autant que possible employer les antiseptiques que comme lotions, comme applications passagères ; il faut se défier de leur application permanente comme pansements, à la surface des téguments malades. Il est des cas

[1] L'iode semble d'ailleurs agir comme desquamant.

[2] L'eau d'Alibour est composée de : sulfate de zinc, sulfate de cuivre àà 4 grammes, camphre 5 décigrammes, safran 2 décigrammes ; faire digérer en agitant le mélange dans eau commune 120 grammes ; après vingt-quatre heures, filtrer.

cependant où ces pansements antiseptiques trouvent leur indication et sont même réellement nécessaires. L'iodoforme dans le chancre simple, le permanganate de potasse dans le lupus vulgaire, le camphre dans l'acné et les folliculites rendent de réels services.

Mais on ne doit jamais dépasser la limite de résistance des téguments.

2° Médication émolliente, résolutive, antiphlogistique. — On doit l'employer dans les dermatoses qui s'accompagnent de symptômes inflammatoires très marqués, tels que rougeur vive des téguments, élévation de la température locale, tuméfaction, sensation de tension, de battements, avec ou sans suintement.

Les agents de cette médication sont : avant tout les poudres inertes, amidon, lycopode, talc, kaolin, ceyssatite, etc..., qui sont les topiques par excellence des inflammations cutanées ; le cataplasme de fécule de pomme de terre fait à chaud, mais appliqué froid, changé dès qu'il s'est échauffé au contact des téguments, le cataplasme de mie de pain et de lait, le cataplasme de farine de graine de lin fraîche, — l'enveloppement humide, — les bains, dont il faut beaucoup se défier, et qui doivent être non irritants, c'est-à-dire de son, d'amidon, de gélatine, de glycérine, les bains continus, les pulvérisations d'eau bouillie ou de décoctions émollientes, les lotions d'eau de son, de guimauve, de laitue, de pavot, de sureau, etc..., les applications de corps gras inertes, tels que l'axonge fraîche non benzoïnée, le cérat sans eau frais, le cold-cream frais sans odeur, le liniment oléo-calcaire frais, etc...[1]

A cette médication *émolliente* proprement dite, se rattache la médication dite *protectrice* qui consiste à protéger les téguments malades par une couche de topique qui la met à l'abri des contacts irritants ; on y arrive par des pâtes plus ou moins épaisses, par des vernis, des colles, et même dans certains cas par les emplâtres.

Les *isolants* rentrent dans le même groupe : on donne ce nom à des préparations non fermentescibles que l'on emploie pour séparer l'une de l'autre deux surfaces cutanées en contact qui s'irritent réciproquement. Ce sont d'ordinaire des poudres inertes qui jouent ce rôle, talc, oxyde de zinc, carbonate ou sous-nitrate de bismuth, kaolin, magnésie, ceyssatite, etc... On peut dans certains cas employer dans le même but les pâtes épaisses ou les vernis.

3° Médication siccative. — La médication siccative proprement dite se rattache intimement à la précédente : elle la relie à la *médication dite astringente*. On doit l'employer quand on se trouve en présence de surfaces à vif qui sont le siège d'un suintement abondant et persistant. Nous ajoutons persistant, parce que dans la majorité des cas il est bon de laisser une dermatose suintante sécréter pendant un certain temps de la sérosité. L'expérience apprend que dans ce cas la guérison ultérieure et définitive est presque toujours plus rapidement obtenue[2].

Les lotions renfermant du tannin sont les agents ordinaires des médications siccatives et astringentes, décoctions de racine d'aunée, d'écorce de chêne, de feuilles de noyer, etc... Les pâtes renfermant de l'oxyde de zinc, du sous-nitrate et

[1] On devra pour le choix de ces topiques tenir compte dans une certaine mesure des idées théoriques émises par Unna, Leistikow et Darier, et que nous avons rappelées plus haut. Suivant les cas, on aura donc recours de préférence aux poudres, aux pâtes ou aux pommades.

[2] Voir plus haut ce que nous disons à propos du traitement des dermatoses par le caoutchouc.

du carbonate de bismuth, de l'acétate et de l'oléate de plomb ; les poudres ci-dessus indiquées doivent tout d'abord être utilisées, et quand leur effet thérapeutique est insuffisant, on y incorpore des poudres d'écorce de chêne, de quinquina, de tannin, d'acide gallique, etc...

Nous avons vu un badigeon fait avec une solution aqueuse de bleu de méthylène variant du 1/500 au 1/250, sécher rapidement des séborrhéïdes eczématisées suintantes rebelles. Mais c'est un procédé qu'il ne faut employer qu'avec prudence parce qu'il peut parfois provoquer des poussées inflammatoires.

4° Médication substitutive et médication réductrice. — La médication substitutive consiste à faire agir sur une dermatose un topique capable de la transformer, ou même de *substituer* une inflammation artificielle et pouvant guérir avec rapidité à l'inflammation morbide laquelle n'évolue pas spontanément vers la guérison.

C'est aux agents de cette médication que l'on doit rattacher les médicaments dits *réducteurs* par Unna, c'est-à-dire ceux qui ont la propriété de soustraire de l'oxygène aux tissus épidermiques.

Ces corps avides d'oxygène sont particulièrement indiqués quand il s'agit de refaire l'épiderme corné : on sait que la couche cornée renferme moins d'oxygène et plus de soufre que les tissus sous-jacents.

Unna[1] les divise en *réducteurs faibles* tels que l'ichthyol, le thiol très vanté par Leredde (*Soc. de thérapeutique*, 14 nov. 1904) à cause de son peu d'odeur faiblement bitumineuse, sa solubilité dans l'eau, la glycérine, l'alcool; le thigénol vanté par Saalfeld (*Thérap. Monatsheft*, avril 1903) et qui est un composé iodé de l'ichthyol, inodore, soluble dans l'eau, l'alcool étendu et la glycérine; il ne tache pas le linge et a les mêmes propriétés thérapeutiques que l'ichthyol ; il est vasoconstricteur, anti-inflammatoire, siccatif, antiprurigineux ; le tuménol, le soufre et les sels de mercure, auxquels il faut ajouter un certain nombre de médicaments assez mal définis, tels que le naftalan, le pétrolan, le sapolan, etc..., et en *réducteurs énergiques* tels que le goudron, l'huile de cade et tous les dérivés du goudron que l'on a obtenus dans ces derniers temps ; (anthrasol de Sack et Viette, huile de cade déodorisée de Brisson, de Cavaillès, etc..., l'empyroforme de Sklareck (produit de condensation du goudron et du formol, etc...), le gallanol, le gallacétophénone, l'aristol, l'hydroxylamine, l'anthrarobine, la résorcine, l'acide pyrogallique, la chrysarobine.

« Un réducteur faible appliqué sur la peau intacte, augmente la kératinisation de l'épiderme d'une façon plus ou moins intense par soustraction d'oxygène ; après un certain temps la couche cornée se divise en deux feuillets, un supérieur, plus sombre, mortifié, et un inférieur, plus clair ; c'est là ce que Unna appelle « le clivage de la couche cornée ». Ce processus se complique souvent de la formation de pustules; elles résultent de l'occlusion des orifices folliculaires par le tissu corné ; les microbes pyogènes précédemment introduits dans l'entonnoir folliculaire sont emprisonnés et par là mis à même de provoquer une périfolliculite suppurée.

« Dans les parties profondes, c'est-à-dire dans le corps papillaire et dans le derme, on remarque un rétrécissement des vaisseaux ; ce phénomène s'explique probablement par le fait que les cellules des endothéliums vasculaires, accoutu-

[1] Voir Leistikow : *Thérapeutique des maladies de la peau*, traduction française et annotations de J. Darier, 1900, p. 96 et suiv.

mées à être largement pourvues d'oxygène par l'intermédiaire du sang, se dessèchent et se ratatinent ; elles se comporteraient en cela comme les cellules malpighiennes alors qu'un agent extérieur vient leur disputer leur part d'oxygène. Ce rétrécissement vasculaire, sous l'action des réducteurs, détermine la sédation de certains symptômes inflammatoires et en particulier de l'état de tension et de gonflement ; consécutivement l'irritation des nerfs se trouve calmée et souvent le prurit disparaît.

« L'application d'un réducteur énergique sur la peau intacte détermine une kératinisation intense, et, suivant son degré d'action, de l'inflammation, de l'œdème, de la vésication et enfin du ramollissement du tissu conjonctif.

« Sur la peau privée de son épiderme, les réducteurs faibles ont les mêmes effets que les réducteurs énergiques sur la peau intacte. Aussi, quand on veut obtenir une action réductrice faible sur la peau excoriée, faut-il employer les agents réducteurs à des doses très minimes.

« D'après ce qui précède, on comprend facilement que les médicaments réducteurs aient des propriétés antiparasitaires et antiphlogistiques.

« Il ne faut pas pousser leur action jusqu'au degré où ils lèsent la peau ; généralement même on se propose de restreindre la desquamation et par là on contrarie, il est vrai, l'élimination des germes morbides. Mais, d'autre part, les agents réducteurs disputent l'oxygène aux microorganismes et les détruisent ainsi en les privant d'un élément qui est indispensable à leur développement. Grâce à la propriété des réducteurs d'absorber l'oxygène et de favoriser ainsi la kératinisation normale, on peut par leur emploi faire disparaître la desquamation, c'est-à-dire empêcher la formation de nouvelles squames. » (Leistikow., *loc. cit.*).

Parmi les principaux agents de la *médication substitutive*, il nous faut citer le nitrate d'argent en solutions variant du 1/100 au 1/10, c'est un médicament de premier ordre dans les eczémas rebelles ; l'acide picrique en solution au 1/100 qui est un kératoplastique des plus efficaces ; le bleu de méthylène en solutions du 1/1 000 au 1/100 qui modifie lui aussi parfois très heureusement les surfaces eczémateuses sur lesquelles pullulent les microbes banals de la peau.

Lorsque ces divers topiques arrivent à produire une inflammation trop forte des téguments, on en suspend l'emploi pendant quelque temps ; on applique des préparations calmantes ou isolantes ; puis on recommence l'emploi des topiques énergiques, et ainsi de suite jusqu'à ce que la guérison soit obtenue.

5° Méthode kératolytique et méthode exfoliante. — On donne le nom de kératolytiques aux médicaments qui favorisent la desquamation de l'épiderme : ils trouvent leur emploi dans toutes les hyperkératoses.

En réalité cette épithète de kératolytique pourrait s'appliquer à un nombre considérable de topiques : les émollients eux-mêmes, les vulgaires cataplasmes par exemple, en ramollissant les couches cornées, en favorisent la disparition et peuvent jouer un rôle kératolytique. Beaucoup d'agents réducteurs ont une certaine action kératolytique. Mais en résumé les agents kératolytiques par excellence sont :

1° Les acides et en particulier l'acide salicylique qui est le prototype des agents kératolytiques, aussi l'incorpore-t-on à la plupart des pommades renfermant des réducteurs ; aussi l'emploie-t-on en collodions, en emplâtres, en solutions dans les hyperkératoses les plus accentuées ;

2° Les alcalins de tout ordre, et surtout les savons ; le plus actif est le savon mou de potasse ;

3° La résorcine à fortes doses.

C'est par la combinaison de la résorcine et du savon mou de potasse que l'on obtient les pâtes desquamantes si actives avec lesquelles on pratique la *cure d'exfoliation* dans les acnés rebelles et les pigmentations superficielles de la peau. En réalité la *méthode exfoliante* « est destinée à produire une réaction inflammatoire du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, mais passagère, qui sera suivie d'une décongestion, passagère ou durable, suivant l'intensité de la réaction et le cas particulier... L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement ; au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures paraissent des squames épaisses d'abord humides, qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours : c'est une véritable exfoliation. » (Leredde, *loc. cit.*, p. 72-73.)

Dans la méthode exfoliante, quand on a obtenu un certain degré de destruction de l'épiderme, et surtout d'inflammation dermique, il est bon de suspendre pendant un certain temps l'application des topiques énergiques, de calmer les téguments, puis on reprend l'emploi des agents actifs en en graduant l'intensité et la longueur d'application suivant la tolérance des tissus visés et les susceptibilités individuelles.

C'est ainsi que lorsqu'on emploie dans l'acné une des nombreuses pâtes exfoliantes préconisées, et dont voici deux formules

Résorcine	de 2gr,50 à 10 grammes.
Oxyde de zinc	ãã 5 grammes.
Poudre d'amidon	
Vaseline jaune	10 —
M. s. a.	

Naphtol β camphre	ãã 1 gramme.
Résorcine	de 2 à 10 grammes.
Savon noir	de 2 à 5 —
Soufre précipité	de 2 à 5 —
Craie préparée	4 —
Lanoline pure	6 —
Vaseline pure	10 —
M. s. a.	

il faut commencer par n'appliquer ces préparations que pendant dix, quinze, trente minutes pour tâter la susceptibilité du sujet, puis on les enlève avec de la vaseline pure, on les remplace pour calmer l'inflammation des téguments par une pâte de zinc épaisse. Puis, progressivement, on laisse les préparations actives en place de plus en plus longtemps jusqu'à ce que l'on ait une destruction très nette de toute la couche cornée superficielle, ce qui est indiqué par une teinte d'un jaune brunâtre et un aspect collodionné de l'épiderme. On en suspend alors l'emploi ; on se borne à appliquer de la pâte de zinc pure, parfois on emploie une pâte salicylée au 1/50 pour hâter la desquamation. Lorsque la desquamation est complètement terminée, si le résultat obtenu paraît insuffisant, on recommence une nouvelle série d'applications de la pâte exfoliante et ainsi de suite.

6° Médication irritante et révulsive. — La médication irritante a pour but de ranimer la vitalité des tissus, d'exciter les extrémités nerveuses comme on le fait par exemple pour la pelade par les frictions d'acide acétique, d'acide lactique, d'ammoniaque, de térébenthine, etc... par les badigeons d'acide phénique neigeux ou les applications de vésicatoires.

Ce sont les mêmes agents qui servent dans la médication révulsive, mais dans un autre but. C'est ainsi que dans les affections d'origine nerveuse, nous agissons par les sinapismes, les vésicatoires ou les pointes de feu appliqués sur le point d'origine des nerfs qui se rendent aux parties atteintes.

7° **Médication antiprurigineuse**. — Certains auteurs décrivent une médication antiprurigineuse : ce groupement de médicaments ne nous paraît guère justifié : il est en effet très mal limité au point de vue scientifique.

Disons cependant que, pour calmer les démangeaisons par des applications locales[1], on fait des lotions très chaudes ou très froides d'eau bouillie, dans laquelle on ajoute, quand c'est utile, certaines substances telles que : les acides, acide phénique, tartrique, salicylique, cyanhydrique, acétique (vinaigre), etc..., les alcools aromatiques, l'eau de Cologne, l'alcool camphré, l'essence de menthe, le menthol, le naphtol, le chloral, les alcalins (borate, bicarbonate, salicylate de soude), les mercuriaux, le coaltar saponiné, les cyanures et l'acide cyanhydrique, la cocaïne, etc...[2]

La plupart des agents réducteurs doux en badigeons sous la forme de solutions aqueuses, ou en applications sous la forme de solutions aqueuses, ou en applications sous la forme de pâtes ou de pommades, sont antiprurigineux : citons parmi eux l'ichthyol, le thigénol, le thiol, le tuménol, le sapolan, le pétrolan, le naftalan, les goudrons, l'huile de cade, la résorcine, etc...

On a combiné ensemble diverses de ces substances de manière à avoir des préparations commerciales pouvant être utilisées dans un grand nombre de dermatoses prurigineuses, eczéma, lichens, prurigos, parakératoses psoriasiformes, etc... La plupart de ces topiques ont une formule tenue secrète par le fabricant. En voici une que l'auteur nous permet de publier : c'est celle du Baume Duret : nous l'insérons ici parce qu'elle donnera au lecteur l'idée de la composition des produits similaires :

Goudron	18	grammes.
Huile de cade	15	—
Résorcine	2	—
Menthol	5	—
Gaïacol	5	—
Camphre	40	—
Soufre dissous	15	—
Borate de soude	36	—
Glycérine	54	—
Acétone	80	—
Huile de ricin	40	—
Lanoline	100	—

Le camphre forme avec le goudron, l'huile de cade, la résorcine, le menthol, le gaïacol, de véritables combinaisons chimiques.

Le soufre est obtenu finement précipité par refroidissement d'une solution saturée à chaud dans l'essence de térébenthine, puis chauffé entre 125° et 130°

[1] Voir plus haut ce que nous disons de la médication antiprurigineuse générale et des bons effets que l'on retire du séjour à la campagne, à de hautes altitudes, des douches calmantes chaudes, de l'électrothérapie, etc...

[2] On remarquera que dans cette énumération, nous omettons l'orthoforme : cette substance est des plus dangereuses ; elle donne souvent lieu à des éruptions artificielles quand on l'applique sur une dermatose.

dans un récipient clos avec le mélange de goudron, d'huile de cade, d'huile de ricin et de lanoline.

Cette préparation est peu irritante, réductrice, et fortement antiprurigineuse[1].

Mais les trois procédés qui nous paraissent à l'heure actuelle de beaucoup les plus efficaces pour calmer le prurit rebelle quand ils sont applicables, c'est-à-dire quand le prurit est circonscrit, consiste à faire : 1° ou bien des scarifications linéaires quadrillées répétées tous les cinq ou huit jours : on sectionne ainsi les extrémités nerveuses;

2° Ou bien des effluves locales de haute fréquence;

3° Ou bien de la radiothérapie prudente[2].

8° Médication destructive. Médication caustique[3]. — Par la médication caustique on s'efforce de détruire les tissus morbides. On y arrive par trois séries de moyens : *A*. Les caustiques chimiques; *B*. Le fer rouge que l'on emploie sous la forme du cautère actuel, du thermocautère ou de l'électrocautère; *C*. L'électrolyse dont nous dirons quelques mots au chapitre électricité.

A. Caustiques chimiques. — Bien qu'ils soient maintenant beaucoup moins utilisés qu'autrefois, ils tiennent cependant encore une place extrêmement importante dans la pratique dermatologique.

On peut les diviser en caustiques doux et caustiques énergiques.

Caustiques doux : Nous citerons le nitrate d'argent, l'acide chromique et le bichromate de potasse si utiles dans les affections des muqueuses, l'acide lactique que l'on emploie beaucoup dans le traitement des ulcérations tuberculeuses, l'acide phénique neigeux qui rend de grands services dans le lupus érythémateux, l'acide acétique dont on se sert contre les verrues, l'acide salicylique contre les cors et les productions cornées épidermiques, l'acide pyrogallique[4], le chlorate de potasse et le chlorate de magnésie qui sont des agents électifs pour les néoplasies épithéliomateuses, le nitrate acide de mercure, le permanganate de potasse, etc...

Caustiques énergiques : Ce sont les acides forts, azotique, sulfurique; les bases,

[1] Voici comment Meillère (*Tribune médicale*, 1904, p. 120) établit le formulaire thérapeutique local du prurit :

1° *Anesthésiques locaux*. — Réfrigération, cocaïne, orthoforme, menthol, chloral, camphre, phénol, résorcine, sulfophénate, gaiacol, salicylate de méthyle;

2° *Médicaments provoquant des réactions substitutives*. — Tous les anesthésiques locaux déjà cités : l'alcool, le vinaigre, le chloroforme, la teinture d'iode, l'essence de térébenthine, l'air chaud et sec;

3° *Agents décongestionnants*. — Vaso-constricteurs locaux : cocaïne, adrénaline, eau chaude;

4° *Agents modificateurs des téguments*. — Nitrate d'argent, acide picrique, tannin, encre à base de gallate de fer, traumaticines;

5° *Topiques anodins préservant les surfaces tégumentaires contre toute irritation*. — Liniment oléo-calcaire, eau de chaux glycérinée, huile, vaseline, lanoline, traumaticine, collodion, pommades à la caséine.

(Il est inutile de mettre en garde le lecteur contre certains de ces topiques qui sont des plus irritants.)

[2] Voir plus loin ce que nous disons des effluves de haute fréquence et de la Radiothérapie contre le prurit.

[3] On (Leredde en particulier, *loc. cit.*, p. 99 et suiv.) a donné le nom de *Méthode sclérogène* à une série de procédés thérapeutiques ayant pour but de déterminer la sclérose des téguments : on y a rangé les scarifications, l'électricité de haute fréquence, la photothérapie, la radiothérapie; en réalité beaucoup d'agents des méthodes destructive et caustique ont, eux aussi, dans une certaine mesure, un effet sclérogène sur les tissus cutanés.

[4] Cette substance est avant tout un kératolytique (voir plus haut).

telles que la chaux, la potasse et leurs dérivés, caustique Filhos, pâte de Vienne, etc., le chlorure de zinc qui forme la base de la pâte de Canquoin et que l'on a beaucoup utilisé autrefois contre les lupus, les tuberculoses diverses et les cancers, les préparations à base d'arsenic qui sont des caustiques électifs de l'épithéliome, etc... Ces derniers agents doivent être maniés avec beaucoup de prudence, car ils peuvent causer des délabrements considérables et donner lieu à des cicatrices vicieuses et chéloïdiennes.

B. Fer rouge. — A. ***Cautère actuel.*** — Le fer rougi directement au feu n'est guère plus utilisé en thérapeutique dermatologique. Il est difficile à manier : on ne peut guère en graduer l'intensité et en limiter le champ d'action. Il a une très grande puissance destructive, et ne se prête bien qu'aux opérations radicales, destinées à supprimer en une seule fois des tumeurs petites et nettement circonscrites.

Cependant E. Vidal a préconisé dans le traitement de l'acné hypertrophique l'emploi d'un cautère fin monté sur une boule volumineuse faisant l'office de réservoir de chaleur. Il arrive ainsi à pouvoir maintenir la pointe fine à une température relativement constante pendant un espace de temps court mais suffisant pour pratiquer les cautérisations.

B. ***Thermocautère de Paquelin.*** — On sait qu'avec cet instrument, on peut régler la température du cautère et la maintenir, aussi longtemps que c'est nécessaire, au degré voulu d'incandescence. Il se prête donc très bien aux exigences du traitement des dermatoses.

On emploie pour cela des pointes aussi fines que possible, montées sur un tube assez court pour que la main qui tient le manche ne soit pas trop éloignée de la région à opérer, et puisse y prendre un solide point d'appui.

Il est possible avec un bon thermocautère et une ou deux très fines pointes de remplir toutes les indications de la cautérisation ignée en dermatothérapie. C'est là vraiment, d'après nous, l'instrument du praticien : il donne cependant des résultats un peu inférieurs à ceux de l'électrocautère : il a beaucoup plus de rayonnement que lui, n'a pas la même finesse de pointe, la même précision d'action, et il a plus de tendance que lui à laisser des cicatrices apparentes.

C. ***Galvano-cautère.*** — Aussi le galvano-cautère est-il l'instrument de choix que l'on doit employer, quand on le peut, pour pratiquer la cautérisation ignée en dermatothérapie. On sait que cet instrument se compose essentiellement d'un fil de platine plus ou moins volumineux suivant les indications, qu'un courant électrique porte au rouge plus ou moins vif.

Le courant est fourni soit par des accumulateurs, soit par des piles : nous n'avons pas à entrer sur ce point dans des détails techniques que l'on trouvera dans les ouvrages d'électricité.

Les cautères sont constitués par des fils de platine repliés en anses, de formes diverses, qu'on adapte à un manche isolant, muni d'un verrou, au moyen duquel on ouvre ou l'on ferme le circuit à volonté.

E. Besnier qui a beaucoup perfectionné la technique de la galvano-cautérisation en dermatologie a imaginé toute une série de cautères gros, fins, à pointe droite, à pointe coudée, à anses multiples, en forme de lames, de grilles, de tranchants, de boutons aplatis, etc... Dans la pratique ordinaire on devra avoir à sa disposition une pointe fine, une plus grosse, une grille à deux dents, une autre à trois dents, une pointe montée sur une longue tige pour l'intérieur de la bouche et des fosses

nasales, et une pointe coudée très fine en forme d'aiguille pour la cautérisation des pustules acnéiques et des fins nœvi.

Mode opératoire. — Le malade doit être couché ou tout au moins commodément assis. La partie à traiter se trouvera en pleine lumière et solidement maintenue en place, soit par l'opérateur lui-même, soit par un de ses aides. Quand on opère sur la figure, on peut entourer solidement avec le bras gauche la tête du patient qu'on immobilise ainsi, en l'appuyant soit contre sa poitrine, soit contre le dos d'un fauteuil. Quand la lésion siège sur un membre, on le maintient en place sur une table, de manière à agir avec sûreté et précision sur le point visé ; sinon le malade se dérobe par un mouvement instinctif dès qu'il voit le cautère s'approcher des téguments.

Quand on veut aller vite et faire souffrir le moins possible le malade, on se sert de cautères portés au rouge blanc : mais alors on peut avoir de petites hémorragies, et il faut n'avoir à pratiquer que des interventions relativement courtes, car, si elles durent un certain temps, on est bien vite ébloui par le fil de platine qui forme une véritable lampe électrique.

Il est presque toujours préférable d'employer le cautère porté au rouge sombre. La cautérisation est ainsi destructive en un point limité, il n'y a presque pas de rayonnement, pas d'hémorragie, enfin elle n'est que peu pénible pour l'opérateur, ce qui est un avantage assez appréciable lorsque l'on a, comme dans certains services de dermatologie, à cautériser des séries de malades.

La cautérisation ignée sert en dermatologie ou bien à enlever une petite tumeur cutanée faisant saillie en en détruisant le pédicule, ou bien à volatiliser une production morbide quelconque en la détruisant *in situ*.

A. Pour enlever une petite tumeur cutanée comme un papillome pédiculé, un molluscum pendulum, etc., on la saisit avec une pince à griffes, tenue de la main gauche, tandis qu'avec la main droite armée de l'électrocautère, on détruit le pédicule. Il faut ensuite, quand il s'agit d'une néoplasie susceptible de récidiver, en cautériser le point d'implantation de façon à faire disparaître les derniers vestiges du mal.

B. Pour détruire ou pour volatiliser une néoplasie d'une certaine étendue, il faut commencer par cercler soigneusement les parties atteintes en empiétant assez largement sur les tissus sains. Pour cela, on fait tout d'abord une couronne périphérique de cautérisations ponctuées, rangées linéairement les unes à côté des autres, puis on crible de pointes de feu toute la partie centrale.

Quand on ne veut pas s'exposer à trop détruire, et que l'on tient à n'avoir qu'un minimum de cicatrice, on peut ne détruire en profondeur la néoplasie que par couches successives dans une série d'interventions pratiquées à quinze ou vingt jours d'intervalle.

Soins consécutifs. — Les pansements que l'on doit faire après la cautérisation ignée varient beaucoup suivant les cas.

Quand il s'agit d'une toute petite tumeur que l'on enlève ou que l'on volatilise, il est préférable de ne faire aucun pansement, à la condition expresse que le malade ne touche pas à la croûte qui se forme rapidement sur le point touché. Cette croûte se détache spontanément au bout d'un laps de temps qui varie de huit à vingt jours, et l'on trouve au-dessous d'elle les téguments complètement cicatrisés.

Si le point touché est exposé à des frottements, il vaut mieux panser avec des morceaux d'emplâtre à l'oxyde de zinc pur ou boriqué. On change cet emplâtre

tous les jours : on nettoie les téguments avec de l'ouate hydrophile imbibée d'éther pour enlever la matière d'emplâtre qui adhère à la peau, puis on lotionne avec de l'eau boriquée et on applique un nouveau morceau d'emplâtre. Si le point opéré suinte trop, on fait le pansement matin et soir.

Quand on agit sur de vastes surfaces, il convient de panser tout d'abord avec des rondelles de tarlatane aseptique imbibées d'eau bouillie, d'eau boriquée, d'eau résorcinée, au 1/1000, ou au 1/500, recouvertes de taffetas gommé et maintenues en place avec un bandage ou avec des bandelettes d'emplâtre. Dès que l'inflammation est moins vive, on panse directement avec des bandelettes d'emplâtre aseptique, emplâtre de zinc, ou d'iodol, ou d'aristol, emplâtre rouge d'E. Vidal.

Lorsque la cicatrisation tarde à se faire, on saupoudre d'abord la plaie avec une poudre cicatrisante quelconque, telle que l'iodoforme et surtout l'iodol, l'aristol, l'europhène, le sous-carbonate de fer, etc..., puis on recouvre avec l'emplâtre.

Lorsque les bourgeons sont trop exubérants ou paraissent être de mauvaise nature, on les réprime avec la teinture d'iode, avec le nitrate d'argent seul ou combiné avec le crayon de zinc.

Indications de la cautérisation ignée. — On emploie la cautérisation ignée dans le traitement du lupus vulgaire, surtout quand il s'agit de lupus des muqueuses buccale, pharyngée, nasale, de lupus des membres et des extrémités, dans les lupus érythémateux fixes rebelles, dans les petits épithéliomes superficiels, pour enlever des molluscums, détruire des verrues, des papillomes, des nævi vasculaires punctiformes et des nævi verruqueux, dans les acnés indurées rebelles, dans le rhinophyma, dans certaines folliculites rebelles de la moustache et de la barbe.

A propos de chacune de ces affections, nous indiquerons le mode opératoire spécial qu'il convient d'employer.

Disons d'une manière générale que les résultats de la cautérisation ignée sont d'ordinaire excellents quand elle est bien employée : mais l'opérateur doit être habile, prudent, et des plus attentifs.

On doit se défier des cicatrices vicieuses, souvent rétractiles, parfois chéloïdiennes qui se produisent fort souvent à la suite des cautérisations ignées profondes : aussi, quand c'est possible, ne faut-il pas en pratiquer à la face et autour des orifices naturels. D'ailleurs, ces cicatrices sont assez faciles à modifier par des scarifications et des applications d'emplâtres appropriés.

C. Air chaud. — On a fait dans ces derniers temps de curieuses tentatives pour traiter certaines dermatoses par les courants d'air chaud (voir Dauban, *thèse de Paris*, 1902. Emploi de l'air surchauffé en dermatologie).

L'instrument dont on se sert pour cela est composé d'une longue tige métallique terminée en pointe, percée d'une lumière centrale, et à laquelle on adapte une soufflerie en caoutchouc. On chauffe la tige métallique avec une flamme quelconque, gaz ou lampe à alcool, et, en manœuvrant la soufflerie, on projette par le bec de la tige une petite colonne d'air chaud sur le point que l'on veut modifier. Suivant l'intensité de la flamme, on a de l'air à des températures variables, lesquelles peuvent, paraît-il, atteindre jusqu'à 300°.

On a traité par ce procédé des lupus vulgaires, des lupus érythémateux, des chancres simples. On a publié d'excellents résultats : les quelques essais que nous avons faits nous ont paru peu concluants en faveur de l'efficacité de cette méthode.

D. Electro-photo-caustique. — A côté de la médication par l'air chaud, signalons la nouvelle méthode que vient de préconiser Strebel, l'électro-photo-caustique (*Dermat.* Zeits. 1904, t. XI, p. 30). Elle s'applique avec une lampe électrique à main portant un système de lentilles ou de miroirs destinés à concentrer les rayons calorifiques d'un arc voltaïque dont l'intensité varie de 2 à 20 ampères. On obtient ainsi des destructions cutanées dont on peut graduer à volonté l'intensité.

9° Médication chirurgicale proprement dite. — Nous rangeons sous ce titre les diverses méthodes sanglantes que l'on préconise depuis trente ans environ pour le traitement de certaines affections rebelles de la peau.

Les deux plus importantes sont le *raclage* et la *scarification*.

A. Raclage. — Le raclage consiste à enlever mécaniquement des portions de tissus malades au moyen d'un instrument formant grattoir : on en distingue deux variétés : a) *la rugination*, b) *le curettage*.

a) *La rugination* est un simple grattage destiné à détruire des productions morbides faisant relief au-dessus de la peau, ou étendues en nappe à la surface des téguments.

Elle doit être pratiquée parallèlement à leur surface et n'entamer le derme en profondeur qu'autant que c'est nécessaire pour atteindre la limite des tissus pathologiques. Cette profondeur varie, bien entendu, selon la nature de la lésion.

Dans certains cas, la rugination peut constituer à elle seule toute l'opération; il en est ainsi par exemple quand il s'agit de petites tumeurs superficielles comme les papillomes, les verrues, le molluscum contagiosum, etc...

S'il s'agit au contraire de lésions plus profondes, infiltrant le derme, la rugination ne constitue que le premier temps de l'opération, ce n'est qu'une manœuvre préparatoire qui doit être complétée par le curettage.

b) *Le curettage* consiste à pénétrer dans la profondeur du derme, à fouiller les logettes creusées dans son épaisseur, et à énucléer jusqu'aux plus petites parcelles de tissu morbide qui y sont enchâssées. La main doit être guidée dans ces manœuvres par la différence de consistance qui distingue le tissu normal du tissu pathologique. Le plus souvent, en effet, celui-ci est mou, friable, et contraste par son manque de résistance avec la fermeté des parties saines. En principe, il faut donc enlever tout ce qui est mou et s'arrêter quand l'instrument rencontre un tissu solide.

Instruments. — L'instrument le plus commode pour pratiquer le raclage est la curette modèle E. Vidal. Elle consiste essentiellement en une lame à deux tranchants courbée sur le plat en forme de faucille. L'extrémité libre forme un bec, un crochet à la fois aigu et tranchant, tout à fait apte à s'insinuer dans les moindres dépressions et à poursuivre les prolongements néoplasiques à travers les faisceaux conjonctifs. Il convient d'en avoir une fort mince pour pénétrer dans toutes les anfractuosités, une moyenne et une forte, solide, volumineuse, pour abraser de grandes surfaces.

Il est inutile d'ajouter qu'il faut, lors de chaque intervention, aseptiser totalement ou flamber tout au moins les instruments.

Mode opératoire. — On tend soigneusement les téguments avec les doigts de la main gauche, afin d'avoir plus de prise sur le tissu morbide; puis on agit avec l'instrument solidement tenu de la main droite. S'il s'agit de racler une tumeur

papillomateuse volumineuse, on peut, pour avoir plus de force, prendre la curette à pleine main. Mais toutes les fois que l'on a affaire à de petites lésions comme une verrue plane, un molluscum, et surtout s'il est indiqué de curetter les clapiers d'un lupus, on doit tenir la curette comme une plume à écrire, afin de laisser aux doigts toute leur souplesse et leur sensibilité.

Ce sont en effet les doigts qui doivent apprécier, d'après la consistance des tissus que rencontre l'instrument, jusqu'où il faut agir. Cette finesse de tact nécessite une certaine habileté dans la manœuvre de la curette et ne s'acquiert que par la pratique. Il est certain que le succès de l'opération dépend beaucoup de l'habileté et du doigté du médecin.

Quand on veut enlever totalement par le grattage une néoplasie, et surtout quand il s'agit de productions morbides infiltrant le derme, il est presque toujours bon d'abraser d'abord les tissus malades en bloc avec une grosse curette, puis de parcourir de nouveau toute la surface du mal avec de petites curettes de façon à poursuivre tous les prolongements de la néoplasie, quelques minimes qu'ils soient, et à les énucléer aussi complètement qu'il est possible.

Soins consécutifs. — Pour arrêter l'écoulement de sang qui se produit toujours plus ou moins abondamment à la suite du raclage, le moyen le plus simple consiste à appliquer en appuyant sur la plaie deux ou trois épaisseurs d'ouate et à renouveler plusieurs fois cette application, si c'est utile.

Si l'on n'obtient pas le résultat voulu au moyen de ce simple tamponnement, on en augmente l'efficacité en employant en outre certaines substances hémostatiques, telles que l'antipyrine en poudre ou en solution du 1/5 ou 1/10, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent, l'adrénaline en solution au 1/1 000.

Si l'on a ouvert un vaisseau un peu volumineux, il vaut mieux le toucher avec une pointe d'électro-cautère portée au rouge sombre.

Si le sujet est hémophilique, albuminurique ou diabétique, on ne doit pas pratiquer de raclage, ou bien on ne le fait qu'en s'entourant des plus grandes précautions, et qu'après avoir tâté la susceptibilité du sujet.

Les *pansements consécutifs* varient suivant les cas[1]. Quand on a exécuté un vaste grattage avec asepsie rigoureuse, il vaut mieux panser avec de la poudre d'iodoforme ou de la gaze iodoformée; on recouvre d'une feuille d'ouate; on maintient avec une bande occlusive un peu compressive, et on fait des pansements rares.

Quand il s'agit d'une toute petite opération, on se contente de panser avec un emplâtre stérilisé, à l'oxyde de zinc pur, à l'oxyde de zinc boriqué, avec de l'emplâtre rouge d'E. Vidal, ou simplement avec un des nombreux taffetas souples transparents de la pharmacie moderne. Mais, règle générale, il faut qu'une plaie consécutive au raclage soit tenue parfaitement propre, et soit strictement pansée jusqu'à sa complète cicatrisation.

Indications du raclage. — Le raclage est surtout utilisé dans le traitement du molluscum contagiosum, des verrues, des végétations, du lupus scléreux papillomateux, du lupus vulgaire des muqueuses et des membres, de l'épithéliome superficiel. On l'utilise aussi parfois dans les kératodermies, dans le nævus verruqueux, dans quelques cas rares de lupus érythémateux, etc...

[1] Voir le traitement de chaque affection dans laquelle on utilise le raclage pour les pansements consécutifs.

C'est une petite opération relativement facile, qui ne présente d'ordinaire aucun danger quand on prend des soins sérieux d'asepsie et que l'on fait des pansements propres consécutifs. Elle est éminemment pratique, car elle ne réclame pas d'appareil compliqué, fragile ou coûteux.

Quand le raclage est superficiel, il ne laisse d'ordinaire pas de cicatrices; quand il est profond, il laisse au contraire presque toujours des cicatrices plus ou moins vicieuses suivant les malades, rétractiles, parfois même chéloïdiennes, aussi faut-il ne pas l'exécuter dans ce cas autour des orifices naturels et en des régions trop visibles.

B. Scarification. — La méthode des scarifications linéaires quadrillées telle que l'a créée E. Vidal après les essais de Dubini, de Volkmann, de Veiel, de Balmanno Squire, consiste essentiellement à couvrir les surfaces malades de petites incisions linéaires, parallèles entre elles, séparées les unes des autres par un intervalle qui varie suivant les cas d'un demi-millimètre à 2 millimètres, dont la profondeur varie suivant l'affection, suivant le but que l'on se propose, et dont la longueur varie également suivant les cas de 2 à 8 millimètres : d'ordinaire on croise cette première couche d'incisions d'une deuxième couche composée de coupures parallèles entre elles comme celles de la première couche et croisant ces dernières à angle aigu, de façon à former des losanges.

Instruments. — On se sert pour les pratiquer d'un petit instrument connu en dermatologie sous le nom de scarificateur modèle E. Vidal. Il se compose d'une lame de 22 à 24 millimètres de longueur environ, de 2 millimètres et demi à 3 millimètres de large : la moitié inférieure est mousse et arrondie sur les bords; la moitié supérieure présente deux tranchants qui se rejoignent en formant une crête mousse sur chaque face; l'extrémité forme un triangle, dont les côtés se coupent au sommet sous un angle de 60 à 70 degrés, de telle sorte que dans sa partie terminale cet instrument peut agir comme un bistouri ou comme une aiguille, pour couper ou pour dilacérer suivant les cas ; en outre, grâce à sa petitesse, il permet d'exécuter ces diverses manœuvres avec une extrême précision en des points fort limités [1].

Plus encore que pour le raclage, l'antisepsie est inutile pour la scarification. L'asepsie rigoureuse préalable ne nous paraît même pas indispensable. Il faut toutefois n'employer que des instruments d'une rigoureuse propreté, trempés dans l'eau phéniquée, ou dans l'alcool camphré, ou mieux flambés. Nous ne voyons aucun inconvénient à ce que l'on fasse, avant l'opération, un savonnage soigneux des points malades, puis des lotions avec de la liqueur de van Swieten : il faudra cependant s'en abstenir lorsqu'on aura à traiter des peaux irritables ou des lésions inflammatoires. Nous avouons ne jamais prendre de semblables précautions et n'avoir jamais eu à nous en repentir.

Mode opératoire. — Il varie suivant chaque maladie que l'on a à traiter; on pourrait presque dire suivant chaque cas. D'une manière générale, voici comment il faut procéder.

On fait asseoir le malade sur une chaise : puis on immobilise la région à scarifier : la tête par exemple est solidement maintenue avec le bras gauche qui l'en-

[1] Voir pour plus de détails sur tous ces points, sur l'historique de la question, sur les divers modèles de scarificateurs, sur les scarificateurs multiples, notre ouvrage sur *le Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques.*

toure et l'appuie fortement contre la poitrine de l'opérateur. Avec les doigts de la main gauche, on tend soigneusement la peau de la région à scarifier de telle manière que les téguments ne puissent ni se rider, ni glisser sous le couteau.

La main droite tient le scarificateur comme une plume à écrire avec assez de fermeté pour l'empêcher de dévier ou de rouler entre les doigts, mais en même temps avec souplesse pour que les doigts gardent toute leur finesse de tact et puissent dans certaines maladies où c'est utile, comme dans le lupus vulgaire, apprécier les moindres différences de consistance des tissus.

On appuie cette main solidement par le petit doigt, ou par l'annulaire et le petit doigt, sur la région à opérer, puis d'un mouvement décidé, rapide, qui doit se passer tout entier dans la main sans participation ni du coude ni de l'épaule, comme un dessinateur qui fait des hachures pour ombrer un dessin, on trace sur la peau une série d'incisions parallèles que l'on recroise immédiatement d'une seconde série, parfois même, quand c'est utile, d'une troisième série d'incisions. Ces incisions doivent être courtes, égales, perpendiculaires aux téguments.

Il faut opérer vite, car la tolérance des malades a des limites : si la surface à couvrir d'incisions est assez vaste, au bout d'un laps de temps assez court, le patient ne peut plus supporter l'opération et l'on est parfois obligé de la laisser inachevée.

On ne doit que fort peu dépasser en profondeur les limites du mal : il faut tâcher de ne pas dépasser les limites du derme : quand on se conforme à ce principe, il se fait toujours des réunions par première intention, et l'on n'a jamais de cicatrices consécutives. C'est un axiome que la scarification bien faite améliore souvent les cicatrices préexistantes, mais qu'elle ne laisse pas elle-même après elle de cicatrices visibles.

La scarification est suivie d'une hémorragie en nappe ordinairement insignifiante : le plus souvent il suffit comme pour le raclage d'appliquer une feuille d'ouate aseptique pour voir bientôt s'arrêter l'écoulement sanguin et les malades peuvent ensuite être laissés, si on le veut, sans aucun pansement.

Si l'hémorragie est plus abondante, on fait de la compression ouatée, puis on touche avec le crayon de nitrate d'argent les points qui persistent à saigner.

Soins consécutifs. — D'ordinaire, une fois l'hémostase obtenue, on fait une lotion de la surface scarifiée avec de l'ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée, ou d'eau phéniquée, ou de liqueur de van Swieten; puis, suivant les cas, on laisse le malade sans pansement, ou bien on applique des pommades à l'acide borique ou à l'oxyde de zinc, ou à l'iodol, ou bien on met des emplâtres de composition variable suivant les cas : emplâtre boriqué, emplâtre à l'oxyde de zinc pur, à l'oxyde de zinc et à l'ichthyol, emplâtre rouge d'E. Vidal, emplâtre de Vigo, etc...

Les incisions de la scarification se cicatrisent en un laps de temps qui varie de deux à cinq jours suivant les cas, suivant la profondeur des incisions, le serré des quadrillages, le nombre des couches successives d'incisions.

D'ordinaire, on répète les séances tous les cinq ou sept jours : en moyenne une fois par semaine.

Effets de la scarification, ses résultats. — Ch. Audry et Thévenin ont étudié l'histologie des scarifications superficielles et leur réparation. Voici leurs conclusions portant sur des scarifications qui avaient divisé l'épiderme et le corps papillaire : « Au bout de vingt-quatre heures, l'épithélium est réuni, à un moment où le derme est loin de l'être; il n'y a de véritable réunion immédiate que pour l'épi-

thélium. Le derme se réunit indirectement après oblitération de la fente par un bouchon fibrineux. Au bout de cinq jours, il reste des traces de la section du derme, et la basale n'est pas restituée. La scarification s'accompagne de la luxation dans la profondeur du derme d'un certain nombre de cellules du corps muqueux qui sont résorbées et emmenées par les lymphatiques. »

Quand on étudie l'action de la scarification sur les tissus, on s'aperçoit qu'elle agit surtout en développant un processus de sclérose : mais ce processus offre cet avantage capital de ne pas donner lieu à du tissu progressivement rétractile comme le tissu de cicatrice ordinaire.

En somme, le grand mérite de la scarification est de conserver aux tissus toute leur souplesse, leur beauté, même leur coloration. C'est le type des procédés thérapeutiques puissants donnant des cicatrices aussi peu apparentes que possible et non rétractiles.

Indications. — La scarification constitue par cela même une méthode de choix pour le lupus vulgaire de la face chez la femme, pour le lupus des orifices alors qu'il est urgent de ne pas avoir de cicatrices rétractiles. C'est la méthode héroïque pour arrêter l'extension du lupus vorax. Elle donne aussi quelques résultats dans les formes fixes du lupus érythémateux : mais elle est surtout indiquée dans les formes congestives, aberrantes, superficielles de la même affection. Elle est très utilisée dans la couperose variqueuse et même dans la couperose mixte, dans la séborrhée fluente, dans la séborrhée des lèvres, dans les indurations de l'impétigo sycosiforme, dans les cicatrices, dans les chéloïdes qu'elle insensibilise presque immédiatement, et qu'elle finit par aplatir. Elle nous a paru peu efficace dans les nævi vasculaires. Par contre elle nous a rendu de grands services dans les prurits rebelles circonscrits, dans les eczémas congestifs et dans les eczémas rebelles circonscrits [1], dans les psoriasis rebelles, dans les ulcères atoniques, dans les divers états éléphantiasiques des téguments, etc... C'est donc, on le voit par cette simple énumération, une méthode thérapeutique de la plus haute valeur.

C. Épilation. — L'*épilation* consiste à arracher mécaniquement des poils en une région donnée pour faciliter la guérison de la maladie dont est atteinte cette région. Il est entendu que nous ne parlerons pas ici de la destruction des poils par l'électrolyse que nous étudierons au chapitre électricité. Il y a d'ailleurs une différence radicale entre l'épilation ordinaire qui ne détruit nullement le bulbe, qui parfois même le rend plus actif, et l'épilation électrolytique qui a au contraire pour but de détruire radicalement le poil.

Pour pratiquer l'épilation, on se sert d'un instrument spécial que l'on appelle pince à épiler et dont la caractéristique est d'avoir des mors plats s'adaptant parfaitement entre eux par une surface lisse, de manière à saisir et à maintenir solidement entre eux le moindre duvet.

Pour épiler, on commence par saisir solidement le poil que l'on veut arracher entre les mors de la pince, puis on l'enlève d'un coup sec, presque brutal. Plus le coup de poignet est brusque, moins vive est la douleur causée par l'avulsion.

Quand on épile pour des affections parasitaires du cuir chevelu, il est de règle d'arracher soigneusement tous les poils en dehors de la zone malade dans un rayon d'au moins 1 centimètre tout autour pour créer ainsi une zone d'isolement, de protection et d'observation.

[1] Voir également sur ce point les travaux de Jacquet

On a voulu autrefois pratiquer l'épilation en masse en appliquant sur la région à épiler un emplâtre agglutinatif que l'on arrachait ensuite avec violence en entraînant avec lui les cheveux agglutinés. C'était le traitement par la calotte de poix. Ce procédé par trop douloureux est actuellement abandonné.

Mais on se sert par contre assez fréquemment dans les teignes de collodion simple ou iodé que l'on applique en couches assez épaisses sur les points malades, puis que l'on enlève d'un seul coup au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. On entraîne ainsi beaucoup de débris de cheveux malades qu'il est impossible d'enlever avec la pince.

L'épilation est utilisée dans le favus où elle rend de grands services, dans la teigne tondante de Gruby-Sabouraud, et dans les trichophyties où elle ne donne que des résultats imparfaits, car les cheveux sont friables et ne viennent pas complètement quand on les arrache avec la pince, dans toutes les teignes et même les pelades pour créer une zone de protection, dans les folliculites suppurées, les sycosis, etc...

Depuis la découverte de l'action épilante des rayons X, on a de plus en plus de tendance à substituer la radiothérapie à l'ancienne épilation que nous venons de décrire (voir *Radiothérapie*).

10° Électricité. — Il y a déjà longtemps que l'*électricité*, sous la forme de courants galvaniques, est utilisée dans la thérapeutique des affections cutanées : mais c'est surtout dans ces dernières années que, grâce au perfectionnement de l'outillage, cet agent a pris une place importante en dermatothérapie[1].

Actuellement nous utilisons :

1° Les *courants galvaniques*, surtout sous la forme d'*Électrolyse simple* ou médicamenteuse, mais aussi parfois sous la forme de *bains hydro-électriques ;*

2° Les *courants faradiques* et les *courants sinusoïdaux*, que l'on emploie surtout comme modificateurs généraux de la nutrition sous forme de *bains hydro-électriques* ;

3° La *franklinisation* employée sous forme de *bain statique* pour modifier la nutrition générale ; sous forme d'*effluvation* pour agir localement sur les tissus grâce à la quantité considérable d'ozone à l'état naissant qui se produit au niveau du balai ;

4° Les *courants de haute fréquence et de haute intensité*[2] employés soit comme applications générales (autoconduction, lit condensateur), soit en applications locales par la méthode d'Oudin[3] ;

5° Les *rayons X ;*

6° Enfin la *lumière de l'arc voltaïque* en applications générales ou locales.

Nous allons rapidement passer en revue ces diverses méthodes thérapeutiques[4].

[1] Voir pour l'historique et pour de plus amples détails notre ouvrage de 1898 sur le *Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques*, et notre article Électricité de la *Pratique dermatologique* (Brocq et Bisserié, t. II, p. 306).

[2] D'Arsonval. Production des courants de haute fréquence et de haute intensité, leurs effets physiologiques. *Soc. de biol.*, 4 février 1893.

[3] Oudin. Action thérapeutique locale des courants de haute fréquence. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, juin 1897. — Du même. Sur le résonnateur et l'effluve de résonance. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1898.

[4] Voir en outre, notre ouvrage sur le traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques : *Leçons de L. Brocq*, recueillies par Déhu et revues par l'auteur. G. Carré et C. Naud, édit., Paris, 1898.

I. Galvanisation. — Le courant galvanique est fort utilisé en dermatologie.

Il l'est indirectement dans la cautérisation ignée où l'on s'en sert pour faire rougir l'anse de platine destinée à agir sur les tissus : c'est le galvanocautère.

Il l'est directement, c'est-à-dire par ses propriétés électriques essentielles, quand on agit par le courant électrique lui-même sur les tissus morbides en mettant par exemple un pôle de la pile sur la colonne vertébrale, l'autre pôle sur les tissus morbides, comme dans la sclérodermie, ou bien quand on agit par les propriétés électrolytiques de la pile comme dans la destruction des poils, le traitement des nævi vasculaires, etc., ou bien quand on donne des bains hydro-électriques à courant galvanique.

Ce sont ces dernières applications du courant galvanique que nous allons étudier (L. Brocq et F. Bisserié. *Pratique Dermat.*, t. II, p. 308).

Appareils. — L'outillage nécessaire pour l'application des courants galvaniques comporte :

1° Un appareil générateur du courant qui peut être soit une pile, soit des accumulateurs, soit une dynamo-génératrice à courants continus : nous n'avons pas ici à les décrire ; 2° des fils conducteurs qui sont d'ordinaire des fils très fins recouverts de soie ; 3° des électrodes constituées soit par de fines éponges, soit par des cylindres métalliques recouverts de peau de chamois que le malade peut tenir à la main, soit par des plaques métalliques de formes et de dimensions variables également recouvertes de peau de chamois; on les imbibe d'ordinaire d'eau salée pour faciliter le passage du courant : elles sont reliées par les fils aux pôles de la batterie; 4° des appareils destinés à mesurer et à graduer l'intensité des courants collecteurs, galvanomètres apériodiques, commutateurs, etc.

A. ***Courants galvaniques proprement dits.*** — Les courants galvaniques proprement dits ont été jusqu'ici assez peu employés en dermatothérapie ; cependant on a essayé de traiter par cette méthode quelques affections que l'on croit être d'origine nerveuse, telles que le vitiligo, les sclérodermies, etc.

B. ***Électrolyse.*** — Les propriétés électrolytiques du courant galvanique sont très fréquemment utilisées en dermatologie[1].

On sait que, lorsque l'on fait passer un courant galvanique à travers un milieu de composition chimique complexe, les éléments constitutifs de ce milieu se dissocient, et, si l'on examine au bout d'un certain temps ce qui s'est passé, on constate que l'oxygène et les acides se sont transportés au pôle positif, tandis que l'hydrogène et les bases se sont accumulés au pôle négatif. On conçoit donc facilement que les corps à l'état naissant qui se forment ainsi soient capables d'exercer une action énergique sur les éléments vivants qui se trouvent à leur contact, et dont la composition est des plus complexes. Aux modifications dues à l'action propre du courant galvanique viennent s'ajouter des effets dus à l'action caustique et chimique des nouveaux produits mis en liberté ; et, comme ces produits diffèrent totalement aux deux pôles comme constitution chimique, on comprend que l'action thérapeutique développée à ces deux pôles doive être essentiellement différente.

Au pôle positif les acides déterminent la coagulation des liquides albumineux;

[1] Ceux qui voudront se mettre au courant de cette question et en avoir une bibliographie assez complète devront se reporter au savant article d'Olivier Gros : de l'électrolyse bipolaire appliquée au traitement des angiomes et des nævi materni. *Annales d'électrobiologie, d'électrothérapie et d'électrodiagnostic*, 15 janvier 1899, 2e année, n° 1, p. 54.

il en résulte un effet hémostatique, et la production d'une escarre sèche, rétractée, adhérente.

Au pôle négatif, au contraire, la formation de bases caustiques (potasse et soude) détermine des effets destructeurs plus accusés; l'escarre est volumineuse, molle et diffluente.

Au point de vue thérapeutique les propriétés spéciales à chaque pôle en particulier présentent une importance capitale sur laquelle nous ne saurions trop insister. Toutes les fois que l'on veut obtenir de l'électrolyse un effet destructeur, comme dans l'hypertrichose par exemple, c'est le pôle négatif que l'on doit choisir comme pôle actif; si au contraire on recherche plus particulièrement les effets coagulants, comme dans les tumeurs érectiles, c'est au pôle positif auquel il faut donner la préférence.

Cette action électrolytique du courant galvanique donne d'excellents résultats dans certaines lésions de la peau telles que l'hypertrichose, les nævi, les tumeurs vasculaires, les télangiectasies, les chéloïdes, les sclérodermies en plaques ou en bandes; on peut dire que dans ces affections elle constitue la méthode de choix.

Instruments. — L'*appareil générateur* est ordinairement une batterie composée de 25 à 60 couples.

L'*électrode active* est constituée par une ou plusieurs aiguilles reliées au pôle avec lequel on veut agir et que l'on implante dans les tissus que l'on veut modifier.

Ces aiguilles sont éminemment variables suivant les opérateurs, suivant la méthode que l'on emploie, et suivant les maladies que l'on traite.

Pour la destruction des poils par l'électrolyse on peut se servir de très fines aiguilles d'or et de platine : nous avons recommandé des aiguilles en platine iridié de la plus extrême finesse que nous recourbons à 6 millimètres de leur partie terminale de façon à leur donner en ce point un angle d'environ 135 degrés[1]. Debédat préconise dans la même affection de très fines aiguilles en acier, recourbées à angle droit à environ 5 millimètres de la pointe.

Pour les chéloïdes et les sclérodermies en plaques, nous employons une aiguille analogue à celle que nous avons fait construire pour l'hypertrichose, mais elle est un peu moins fine pour être plus résistante, et pour pouvoir pénétrer dans les tissus sans se fausser; elle est droite, et nous lui mettons, à une distance de sa pointe qui dépend de la profondeur à laquelle nous voulons agir, un arrêt en cire à cacheter qui nous indique de combien l'aiguille a pénétré dans les tissus.

La pose de cet arrêt est tout ce qu'il y a de plus simple : il suffit de chauffer le bout d'un bâton de cire à cacheter, puis de le mettre en contact avec la partie de l'aiguille sur laquelle on veut poser l'arrêt; on imprime alors à l'aiguille un mouvement de rotation grâce auquel un petit fragment de cire s'enroule autour de la tige de l'aiguille : quand elle a refroidi, la cire adhère parfaitement.

Nous avions primitivement fait construire des aiguilles portant à une certaine distance de leur pointe un arrêt fixe, formé par une sorte de bague métallique qui faisait corps avec la tige de l'aiguille; mais cette disposition offre plusieurs inconvénients : les aiguilles ainsi construites sont un peu plus difficiles à fabriquer et plus coûteuses ; en outre, l'épaisseur des tissus sur lesquels on doit agir varie beaucoup suivant les cas. On serait donc obligé, si on adoptait ces instruments, d'avoir tout un jeu d'aiguilles portant des arrêts à des hauteurs diverses à partir

[1] Voir pour plus de détails la destruction des poils par l'électrolyse, article *Hypertrichose*.

de 3 millimètres jusqu'à 15 millimètres et même davantage ; c'est vraiment assez peu pratique.

La tige de nos aiguilles a de 20 à 22 millimètres de long : elle est montée sur un cylindre d'environ 15 millimètres de hauteur et de 3 à 4 millimètres de diamètre, dont l'axe perforé à l'extrémité opposée à celle où est fixée l'aiguille reçoit à frottements une borne légèrement conique fixée sur l'extrémité du fil conducteur. Cette base sert en même temps de manche pour tenir et manier l'aiguille : elle est dans ce but taillée à facettes de manière à offrir une prise facile et à ne pas glisser entre les doigts de l'opérateur.

Quand on veut faire de l'électrolyse chimique, on prend des aiguilles assez volumineuses fabriquées avec le métal dont on veut utiliser les propriétés. C'est ainsi qu'on emploie suivant les cas des aiguilles d'argent, de cuivre, de fer, etc.

Porte-aiguilles. — Les médecins qui utilisent l'électrolyse dans le traitement de l'hypertrichose se servent presque tous de manches porte-aiguilles : à notre avis ces appareils offrent plus d'inconvénients que d'avantages. Trop longs et trop lourds, ils ont pour conséquence immédiate de diminuer la précision des mouvements et d'alourdir la main de l'opérateur. On peut, il est vrai, pour obvier à ces inconvénients, utiliser des manches porte-aiguilles très courts et très légers. Nous ne voyons pas trop alors quel avantage ils présentent sur notre modèle d'aiguille dont ils ne sauraient avoir d'ailleurs l'extrême simplicité. Avec notre aiguille, il nous semble que nos mouvements sont précis et nos sensations tactiles de la plus grande délicatesse.

On a fabriqué des porte-aiguilles à verrou permettant à l'opérateur d'ouvrir et de fermer le circuit avec une seule main ; ces appareils présentent tous les inconvénients dont nous venons de parler ; de plus le fait même d'établir et d'interrompre le courant avec la main qui opère nous semble mauvais, car ces manœuvres impriment à l'aiguille des secousses, et la brusque ouverture ou fermeture du circuit détermine des sensations assez désagréables et même douloureuses pour l'opéré.

Quant on veut agir avec plusieurs aiguilles à la fois, on se sert d'un fil conducteur dont l'extrémité opposée à celle qui est fixée à la pile est divisée en plusieurs chefs d'une extrême minceur que l'on adapte à chaque aiguille préalablement mise en place.

Électrode indifférente. — L'électrode indifférente, quand elle existe (car, ainsi que nous allons le voir, il est une méthode, dite bipolaire, dans laquelle les deux électrodes sont actives), est constituée d'une manière assez variable suivant les indications particulières.

Quand il n'y a pas d'inconvénients à faire traverser le corps par le courant électrique, comme dans le traitement de l'hypertrichose où l'on n'emploie que des intensités infinitésimales, on peut faire tenir l'électrode indifférente à la main, par le malade, et alors on emploie un cylindre de métal ou de charbon recouvert de peau de chamois, ou bien une large plaque métallique recouverte de peau de chamois sur laquelle l'opéré place la main, ou que l'on fixe autour du bras, ou encore une pédale métallique sur laquelle on pose le pied nu.

Quand il faut au contraire circonscrire l'action de l'électricité, c'est-à-dire ne la faire passer que dans une région limitée du corps, comme dans le traitement des nævi de la face, on emploie des plaques de formes diverses, presque toujours annulaires ou en fer à cheval, embrassant en quelque sorte dans leur concavité la région sur laquelle on veut faire agir l'électricité.

Ces plaques ou ces cylindres sont reliés par une borne à un fil qui s'adapte à l'un des pôles de la pile.

Modes d'application de l'électrolyse[1]. — On peut employer l'électrolyse de quatre manières différentes qui constituent quatre grandes méthodes :

1° *Méthode unipolaire ;*
2° *Méthode bipolaire ;*
3° *Méthode électro-chimique ;*
4° *Méthode cataphorétique.*

Nous allons les étudier successivement.

1° Méthode unipolaire. — Cette méthode consiste à faire agir un seul pôle directement sur les tissus morbides. C'est la méthode de choix pour le traitement de l'hypertrichose ; le principe de la destruction des poils par l'électrolyse consiste en effet à introduire le long du poil, dans le follicule pileux jusqu'au bulbe, une fine aiguille en platine iridié, que l'on relie au pôle négatif de la pile et par laquelle on fait passer un courant variant de 1 à 5 milliampères, pendant le temps strictement nécessaire pour la destruction de la papille pileuse[2]. On ne peut employer ici la méthode bipolaire ; on doit bien évidemment n'agir qu'avec le pôle destructeur par excellence qui est le pôle négatif, puisqu'il faut simplement obtenir une action destructive. Le pôle positif est relié à une électrode à large surface que l'on nomme, électrode indifférente ; le malade la tient à la main, ou bien on la fixe en un point quelconque du corps.

Nous utilisons cette même méthode en nous servant également du pôle négatif dans les chéloïdes et les sclérodermies : mais dans ces affections elle nous paraît bien moins indiquée que dans l'hypertrichose, et il est possible que des recherches ultérieures prouvent que ces dermatoses sont justiciables de la méthode bipolaire.

Dans les nævi vasculaires, nombre d'auteurs emploient la méthode unipolaire en utilisant surtout le pôle positif ; quand il s'agit de simples télangiectasies ou de nævi stellaires, on peut employer avec grand avantage le pôle négatif.

En somme, comme nous l'avons dit plus haut, toutes les fois que l'on veut détruire, on doit employer la méthode unipolaire en utilisant le pôle négatif ; quand on veut avoir de simples effets coagulants, on doit se servir du pôle positif.

Mode opératoire. — Il faut tout d'abord que la région à opérer soit solidement fixée et maintenue. Quand il s'agit d'opération d'hypertrichose ou de nævi de la face, le sujet doit être commodément assis dans un fauteuil, la tête bien appuyée, en pleine lumière. Quand on opère sur un membre supérieur, il faut l'installer commodément sur une table ; pour le membre inférieur on couche le malade sur un lit d'opération à une hauteur telle que la région malade soit tout à fait à la portée de la main.

Il y a plusieurs manières de faire passer l'électricité.

On peut fixer l'électrode indifférente sur les téguments de l'opéré (voir plus haut) ; puis, lorsqu'on a introduit l'aiguille dans les tissus à modifier, on manœuvre soi-même ou l'on fait manœuvrer par un aide le collecteur de la batterie jusqu'à

[1] Voir, en dehors des ouvrages classiques, John. T. Bowen, The present position of electrolysis in the treatment of cutaneous affections. *The Boston medical and surgical Journal*, 28 juillet 1892.

[2] Pour tous les détails du procédé opératoire et pour la bibliographie complète de cette question, voir L. Brocq : 110 cas d'hypertrichose traités par l'électrolyse. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1897, p. 829, 1010, 1077.

ce que l'aiguille du galvanomètre marque l'intensité de courant que l'on juge nécessaire. On la surveille constamment, car elle peut varier pendant l'opération, bien que le collecteur ne bouge pas, et on agit d'après les oscillations de l'aiguille ; puis, dès que l'on juge que le courant a suffisamment agi, on ramène le collecteur au zéro. Cette manœuvre du collecteur doit être faite par une personne attentive, sans brusquerie, sans secousses, afin d'éviter le plus possible de sensations désagréables à l'opéré. Et cependant il arrive assez fréquemment que, malgré toutes ces précautions, le malade éprouve des secousses chaque fois que le collecteur passant d'une borne à l'autre augmente la force du courant. C'est pour cela que nous préférons au collecteur le rhéostat qui permet d'augmenter ou de diminuer l'intensité du courant sans la moindre secousse. En outre, quand il s'agit de certaines opérations minutieuses comme la destruction des poils par l'électrolyse par exemple, on est forcé de recourir à un aide pour régler le collecteur, car on n'a pas trop de ses deux mains pour manœuvrer l'aiguille seule à la face, ou le chloréthyle et l'aiguille aux membres, et l'on ne peut d'ailleurs ni faire les grands mouvements nécessaires à la manœuvre du collecteur sans imprimer à l'aiguille des oscillations déplorables au point de vue de la bonne réussite de l'opération, ni surveiller à la fois le galvanomètre et les phénomènes de destruction des téguments qui se passent autour de l'aiguille.

Par contre, ce procédé est le procédé de choix pour le traitement des tumeurs érectiles ; il faut alors en effet fixer dans le voisinage du mal des plaques métalliques recouvertes de peau de chamois, de formes variées, soit annulaires entourant la tumeur, soit en croissant, aussi larges que possible, pour répartir le courant sur une grande surface et éviter ainsi les effets localisés, douloureux, caustiques, du pôle négatif ; pour mieux protéger la peau si l'application du courant doit être de quelque durée, il est même utile d'interposer entre les téguments et la plaque une couche d'amadou mouillé. Puis on introduit l'aiguille ou les aiguilles dans la tumeur vasculaire et l'on fait passer des courants dont l'intensité moyenne est de 20 à 25 milliampères, mais qui peuvent varier suivant les auteurs de 10 à 60 milliampères. On comprend que, dans ce cas, il soit nécessaire de n'arriver que très graduellement à ces intensités. L'usage du rhéostat est donc indispensable.

Il l'est surtout quand on opère à la partie supérieure du visage, notamment au-dessus d'une ligne fictive qui joindrait les narines au conduit auditif. Cette région constitue en effet une zone dangereuse ; en ce point, même sans dépasser l'intensité moyenne de 15 milliampères, le courant provoque des sensations pénibles, telles que irradiations douloureuses, phosphènes, vertiges, éblouissements, syncopes même. C'est d'ailleurs en grande partie pour ces motifs que l'on établit le circuit électrique le plus court possible ainsi que nous venons de l'indiquer.

Quand on n'emploie que des courants de très faible intensité comme dans l'hypertrichose, et même dans les sclérodermies, les chéloïdes, toutes les fois en un mot qu'on utilise le pôle négatif, on peut tourner la petite difficulté de l'ouverture et de la fermeture du courant de la manière suivante :

On place sur les genoux du malade une épaisse serviette ; sur cette serviette on pose un cylindre métallique recouvert de peau de chamois et imbibé d'eau salée que l'on relie au pôle positif. On pousse la manette du rhéostat de façon à obtenir approximativement l'intensité que l'on juge convenable d'employer. Puis on place son aiguille ; et, quand elle a la situation voulue, on dit à l'opéré de saisir le cylindre. Il peut le faire tout d'un coup, brusquement ; mais alors le courant passe tout

de suite avec toute son intensité ; le malade éprouve dans ce cas une douleur plus ou moins vive suivant la force du courant utilisé et parfois même une secousse assez violente. Cependant beaucoup de sujets aiment mieux agir ainsi, surtout pour la destruction des poils par l'électrolyse.

Il est préférable de ne leur faire prendre le cylindre que progressivement. Pour cela ils posent d'abord le bout d'un doigt sur ce cylindre, puis ils ajoutent successivement les autres doigts, et quand ils les ont placés tous les cinq, ils le saisissent d'abord doucement, puis assez vigoureusement avec toute la main. Pour les personnes pusillanimes on peut remplacer le cylindre par une simple plaque métallique recouverte de peau de chamois, sur laquelle elles posent successivement une région de plus en plus grande des doigts et de la main. Les sujets qui veulent s'opérer eux-mêmes, comme cela arrive assez fréquemment pour l'hypertrichose par exemple, se servent d'une pédale sur laquelle ils posent progressivement leur pied nu. Grâce à cette manœuvre si simple et avec laquelle les malades se familiarisent très vite, le courant passe progressivement, sans secousses, et l'on évite d'employer un aide ou des appareils un peu encombrants.

Lorsque l'on juge que le courant a suffisamment agi, on dit au malade de lâcher le pôle positif : il laisse aussitôt retomber le cylindre sur la serviette qui recouvre ses genoux, et il se garde bien de laisser reposer la main sur cette serviette, car autrement le courant continuerait à passer, quoique fort atténué. On peut ensuite retirer l'aiguille sans provoquer de sensation douloureuse.

Intensité du courant à employer et temps pendant lequel on doit le laisser passer. — L'intensité du courant que l'on doit employer varie suivant les effets que l'on veut obtenir, suivant la maladie que l'on traite, suivant le pôle dont on se sert. Le temps pendant lequel on le fait passer dépend de son intensité ; il est évident, en effet, que plus il est intense, moins on a besoin de le laisser passer de temps.

Quand on agit avec le *pôle positif*, comme dans le traitement des tumeurs érectiles, par exemple, on utilise des courants de 20 à 30 milliampères que l'on fait passer progressivement et lentement en commençant par le zéro. Le temps pendant lequel on doit les laisser passer varie suivant le volume de la tumeur : pour les nævi de moyen et de petit volume, deux ou trois minutes suffisent ; pour les gros angiomes, il est peut-être nécessaire de les laisser passer cinq à dix minutes ; il faut aussi tenir compte de l'intensité du courant : on obtiendra, en effet, le même résultat en employant un courant de 10 milliampères pendant dix minutes, ou un courant de 30 milliampères pendant trois minutes. Le premier sera supporté assez facilement, le second sera beaucoup plus douloureux. On se guide sur l'aspect de la zone blanchâtre qui se forme autour des aiguilles pour savoir si le courant a suffisamment agi. On manœuvre le rhéostat en sens inverse pour revenir lentement et sans secousses au zéro.

Certains opérateurs vont jusqu'à employer des courants de 30 à 60 milliampères : nous croyons qu'avec des courants aussi intenses les effets destructeurs l'emportent sur les effets coagulants ; le caillot est plus mou, plus diffluent. Avec des courants de 5, 10, 15 milliampères, certains médecins disent avoir obtenu de bons résultats.

Quand on agit avec le pôle négatif, il ne faut pas, au contraire, utiliser en dermatologie des courants ayant plus de 10 milliampères, sinon on s'expose à détruire trop vite et trop complètement les tissus et à avoir des cicatrices vicieuses.

C'est ainsi que, pour la destruction des poils par l'électrolyse, on utilise d'ordinaire, pour les simples duvets, des courants de 1 à 2 milliampères que l'on laisse passer pendant quatre à cinq secondes jusqu'à ce qu'il y ait un vestige de destruction des tissus visible autour de l'aiguille; pour les poils de dimension moyenne, des courants de 2 à 3 milliampères que l'on laisse passer pendant cinq à dix secondes jusqu'à ce qu'il y ait autour de l'aiguille une petite zone de destruction d'un blanc brunâtre; pour les poils volumineux, des courants de 4 à 5 miliampères d'intensité, jusqu'à ce qu'il y ait autour du poil une zone de destruction bien nette. D'ailleurs, ces intensités et la durée du passage du courant varient suivant les personnes et les résistances de leurs téguments, suivant les localisations diverses et la finesse de la peau des diverses régions.

Le principe capital auquel on doit toujours se conformer pour éviter la formation de cicatrices vicieuses est que dans une même séance on ne doit jamais agir sur deux points assez voisins l'un de l'autre pour que leurs cercles de destruction deviennent tangents.

Pour les chéloïdes et les sclérodermies en plaques, on ne connaît pas encore avec exactitude quelle est l'intensité que l'on doit employer. Il nous semble, pour le moment, que l'électricité n'agit pas dans ces cas par sa puissance destructive; aussi, ne croyons-nous pas, d'une part, qu'il soit nécessaire d'employer de fortes doses d'électricité négative, et, d'autre part, nous nous demandons s'il ne serait pas préférable d'utiliser dans ces affections le pôle positif, ou mieux la méthode bipolaire.

Pansements consécutifs. — La plupart des opérateurs qui emploient l'électrolyse font un lavage antiseptique soigné de la région sur laquelle ils doivent agir. Certes, cette pratique ne peut être qu'utile; mais, sauf lorsqu'il s'agit de tumeurs érectiles dans lesquelles il est nécessaire de faire pénétrer les aiguilles dans l'intérieur de dilatations vasculaires, nous croyons que ces précautions ne sont pas indispensables. On peut se contenter, dans l'immense majorité des cas, de lotionner simplement la région à l'alcool camphré. Pour la destruction des poils par l'électrolyse, nous ne pratiquons même aucune espèce de lavage.

Après l'opération il est bon, lorsqu'il s'agit d'hypertrichose, de chéloïde ou de sclérodermie, de lotionner soigneusement et avec quelque insistance les régions touchées avec de l'ouate hydrophile imbibée d'alcool camphré. Le malade répète ces applications deux ou trois fois par jour jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète. Il nous a semblé qu'en agissant ainsi elle se faisait plus vite et avec moins de marques consécutives.

Quand il s'agit de petits nævi stellaires ou de minuscules nævi plans, on peut se contenter de ces quelques soins; mais lorsque l'on traite des tumeurs érectiles volumineuses, il est préférable de faire un lavage soigneux au sublimé et de recouvrir la région d'un pansement aseptique quelconque fixé au moyen de stérésol ou de simple collodion.

Sous le nom de *scarification électrolytique*[1], E. Vasticar a fait connaître un procédé nouveau de traitement des varicosités vasculaires. « C'est une combinaison de la scarification sanglante et de l'électrolyse... Comme dans la méthode sanglante, il incise les tissus. Ce temps de l'opération permet de soumettre les éléments de la tranche de section à l'action directe du courant électrique. Aucun des

[1] E. Vasticar. *La scarification électrolytique.* Procédé nouveau de traitement des télangiectasies de la peau et de la couperose en particulier. Société médicale des praticiens, 19 mai 1899.

vaisseaux de la couche superficielle n'échappe à cette action dont le terme final est l'endartérite oblitérante... L'instrument destiné à opérer la section des tissus est un scarificateur de Vidal, à extrémité lancéolaire, à lame mince et tranchante sur ses deux bords; son manche est recouvert d'une gaine isolante, et l'autre extrémité présente une armature destinée à recevoir le fil conducteur du courant.

« Le malade est mis en communication avec le pôle positif de la pile par une électrode recouverte de peau de chamois qu'il tient à la main. L'opérateur... saisit comme une plume à écrire le scarificateur qu'il a eu soin de relier au pôle négatif. La force du courant utilisé doit être de 3 à 5 milliampères. La lame tranchante du scarificateur sera présentée perpendiculairement aux tissus et conduite de façon à entamer la peau dans une profondeur variable selon l'épaisseur des téguments et la disposition du réseau vasculaire hypertrophié qu'il s'agit de sectionner, etc... » L'opérateur couvrira ainsi le champ opératoire d'une série d'incisions parallèles, d'autant plus rapprochées qu'elles sont plus superficielles, sinueuses plutôt que rectilignes.

2° Méthode bipolaire. — La méthode bipolaire était autrefois fort utilisée ; après avoir été délaissée pendant un certain temps par la plupart des opérateurs, elle semble revenir en honneur.

Elle consiste essentiellement à faire agir sur les tissus morbides en même temps des aiguilles reliées au pôle positif et des aiguilles reliées au pôle négatif, en ayant bien soin qu'elles ne se touchent pas, et qu'elles ne soient pas assez près les unes des autres pour former de larges escarres.

On l'emploie surtout pour le traitement des nævi, mais nous croyons qu'elle peut aussi être utilisée dans d'autres affections, par exemple dans les chéloïdes et les sclérodermies.

Quand on se sert de cette méthode, il y a un inconvénient considérable qui frappe tout d'abord : si l'on veut que le pôle positif agisse avec efficacité, on est obligé d'utiliser un courant électrique d'une intensité relativement assez grande ; or ce courant va produire, au niveau de l'aiguille négative par laquelle il passera avec la même intensité, des destructions tégumentaires considérables qui donneront des cicatrices vicieuses.

Pour y remédier, et pour ne pas déterminer d'escarres cutanées trop volumineuses, on peut à la rigueur, quand il s'agit de véritables tumeurs érectiles (voir plus haut), isoler les aiguilles, surtout les négatives, dans la partie qui doit correspondre aux téguments lorsqu'elles sont en place. Quand il s'agit de nœvi plans ou de chéloïdes ou de sclérodermies, il n'est guère pratique d'isoler les aiguilles, car leur extrémité n'agit plus alors comme dans les tumeurs érectiles sur la masse sanguine contenue dans les cavités plus ou moins considérables qu'il s'agit d'oblitérer, mais sur les tissus cutanés eux-mêmes. Or, on ne peut pas laisser l'aiguille négative détruire complètement les téguments avec les courants de 10, 15, 25, 30 milliampères dont on se sert, en les laissant passer pendant des laps de temps qui varient de une à dix minutes.

Voici la ligne de conduite à laquelle nous nous sommes arrêté dans ces cas :

On commence par enfoncer l'aiguille positive en un point du tissu à modifier, en le choisissant le plus central possible, et en se conformant au précepte général qui indique que l'on doit tout d'abord agir sur la périphérie des lésions ; puis on introduit l'aiguille négative à une distance du point d'implantation de la positive qui varie suivant les cas, suivant les sujets, suivant les régions, de 3 millimètres

à 15 et même 20 millimètres, et, dès que la destruction des tissus est bien apparente autour de cette aiguille négative, on la retire et on l'enfonce à côté de la première eschare, à une distance suffisante pour que les cercles de destruction ne soient pas tangents. On fait donc tout autour de l'aiguille positive, tant que celle-ci n'a pas agi suffisamment sur les tissus, une série de piqûres négatives. Puis on retire l'aiguille positive ; on l'enfonce au centre d'une nouvelle zone d'action et ainsi de suite. On peut agir de la sorte avec des courants qui varient, suivant les régions, de 2 à 10 milliampères d'intensité sans provoquer trop de douleur, et on évite les grandes destructions que produit l'aiguille négative quand on la laisse trop longtemps au même point.

La méthode bipolaire semble être la méthode de choix dans le traitement des angiomes. Mais nous ne pouvons véritablement pas comprendre comment certains auteurs peuvent l'employer en se servant de courants allant jusqu'à 60 milliampères d'intensité qu'ils font passer pendant cinq à dix minutes en moyenne, déclarant qu'une durée de passage de une à deux minutes est insuffisante. S'ils appliquent ce procédé opératoire à la majorité des nævi de la face que l'on observe dans la pratique, le résultat doit être bien simple : ils doivent détruire totalement les téguments et obtenir d'affreuses cicatrices.

Les grands avantages de la méthode bipolaire sont, comme l'ont dit Cros et Bergonié, de limiter exactement l'action électrolytique à l'espace interpolaire, de supprimer les accidents possibles et les phénomènes douloureux causés par les courants divisés.

3° Électrolyse médicamenteuse. Électrolyse chimique. Électrolyse interstitielle. — Cette méthode thérapeutique a été surtout étudiée par Foveau de Courmelles[1] et G. Gautier[2]. Nous renvoyons pour plus de détails à leurs travaux.

Elle comprend deux séries d'opérations assez distinctes et que l'on emploie d'ailleurs séparément.

Dans une première série, on utilise les propriétés physico-chimiques des électrodes métalliques solubles : on se sert d'assez volumineuses aiguilles de cuivre que l'on enfonce dans les téguments à modifier et que l'on relie au pôle positif ; on fait passer un courant de 10 à 15 milliampères pendant cinq à quinze minutes.

Cette méthode a été étendue depuis les premières publications de Gautier, et quelques électriciens ont employé comme aiguilles positives oxydables des aiguilles d'argent.

Dans une deuxième série d'opérations, on se propose de décomposer dans les tissus autour du pôle positif de la pile une solution médicamenteuse pour obtenir l'effet thérapeutique extrêmement puissant des corps à l'état naissant. La solution de choix à laquelle Gautier s'est arrêté dans ses essais est la solution aqueuse d'iodure de potassium au 1/20 ou au 1/30. Il injectait dans les tissus qu'il voulait modifier, toutes les minutes, pendant l'opération, quelques gouttes de la solution iodurée. Il implantait deux aiguilles en platine dans la néoplasie, et il les reliait aux deux pôles de la pile. Le courant qu'il faisait passer était relativement intense (50 milliampères dans un cas d'actinomycose[3]).

[1] Elle a été étudiée et décrite par Foveau de Courmelles (*Leçons de* 1892-1893 à l'École pratique) qui en revendique la paternité et qui lui a donné le nom d'électrolyse médicamenteuse ou de biélectrolyse.

[2] Communication à la Société d'électrothérapie, 1891 et 12 juillet 1892. — Foveau de Courmelles, Communication à l'Institut et à l'Académie de médecine, 24 et 25 novembre 1890.

[3] *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, séance du 11 juin 1891, p. 282.

4° La cataphorèse. — Sous le nom de cataphorèse on désigne pratiquement l'introduction, grâce au courant électrique, de médicaments dans le corps humain à travers la peau ou les muqueuses.

C'est B. W. Richardson qui eut le premier, en 1859, l'idée d'employer cette méthode pour obtenir l'anesthésie cutanée. Wagner et Adamkiewicz puis Peterson, de New-York, l'introduisirent définitivement dans la pratique médicale.

Le mode opératoire est le suivant : on verse la solution médicamenteuse dont on veut se servir sur l'électrode positive que l'on applique sur le point malade; on peut donner à cette électrode la forme et les dimensions que l'on veut, et en Amérique on prépare des disques cataphorétiques imprégnés de divers médicaments destinés à être introduits dans l'économie par l'intermédiaire du courant électrique : les principaux renferment du menthol, du bichlorure de mercure, de la cocaïne, de l'aconit, de l'iodure de potassium, de la lithine, etc... La force du courant peut varier de 1 à 20 milliampères et la durée de son application de cinq à quinze minutes.

Indications générales de l'électrolyse. — Nous n'avons pas dans cet article à exposer les détails du traitement de chaque dermatose par l'électrolyse : on trouvera la technique opératoire propre à chaque affection étudiée à propos de son traitement. Nous devons simplement signaler quelles sont les affections dans lesquelles on a pu utiliser tel ou tel procédé.

1° *Indications de l'électrolyse unipolaire.* — a) *L'électrolyse unipolaire négative* est encore la méthode de choix pour la destruction des poils par l'électrolyse.

On l'emploie aussi avec un certain succès dans les *sclérodermies circonscrites*, dans les *chéloïdes* où elle a surtout un effet suspensif ou d'arrêt de la marche extensive du mal, dans les *petits nævi aranœi ou stellaires* (méthode de choix), dans les *télangiectasies*, dans les *angiokératomes* (méthode de choix), dans les *nævi pigmentaires* et surtout dans les *nævi pileux ou hypertrophiques* (méthode de choix), dans les *acnés hypertrophiques* ou *rhinophymas* au début, dans les *syringo-cystadénomes*, dans les *verrues*, dans la *kératose pilaire*.

b) *L'électrolyse unipolaire positive* a été surtout employée jusqu'ici dans les *nævi vasculaires*, en particulier dans les nævi vasculaires volumineux, ayant de la tendance à devenir des tumeurs érectiles.

2° *Indications de l'électrolyse bipolaire.* — L'électrolyse bipolaire a été surtout recommandée par les auteurs dans les *nævi vasculaires*. Nous la croyons supérieure dans ses effets à l'électrolyse unipolaire dans les *nævi vasculaires plans* ou *légèrement turgescents*, dans les *nævi profonds*. On peut aussi l'employer avec succès dans les *nævi stellaires* en enfonçant l'aiguille positive dans la partie la plus saillante, en l'y maintenant, et en tatouant toute la périphérie d'une série de piqûres négatives en tâchant d'embrocher avec l'aiguille négative les télangiectasies périphériques.

Nous l'avons essayée dans les *télangiectasies*, dans les *chéloïdes*, les *sclérodermies en plaques*, mais nos recherches ne nous permettent pas d'émettre des conclusions fermes.

3° *Indications de l'électrolyse interstitielle.* — Cette méthode est encore, comme nous l'avons dit, fort peu connue dans ses applications. (Ce qui précède est le résumé de l'article Électricité de L. Brocq et F. Bisserié. *Pratique Dermat.*, t. II, p. 312, 325.)

II. Faradisation et courants sinusoïdaux. — Ces modalités de l'énergie électrique n'ont guère été utilisées jusqu'ici en dermatologie que sous la forme de *bains hydro-électriques*[1].

Le bain *hydro-électrique* consiste essentiellement à placer un malade dans un bain et à faire passer dans ce bain un courant électrique quelconque, courant continu ou courant faradique, ou courant alternatif sinusoïdal, d'où trois grandes variétés de bains hydro-électriques. En outre, ces bains peuvent être monopolaires ou bipolaires : ils sont *monopolaires* lorsqu'il n'y a qu'une seule électrode qui plonge dans l'eau : dans ce cas, la deuxième électrode est appliquée en un point quelconque de la partie du corps du malade qui est située hors de l'eau. Ils sont *bipolaires* si les deux électrodes baignent dans l'eau[2].

C'est surtout le bain électrique à courant alternatif sinusoïdal que l'on utilise en dermatologie. Il agit comme modificateur de la nutrition générale, mais en outre, il calme fort souvent le prurit, alors que les autres moyens connus contre ce douloureux symptôme ont complètement échoué. Nous avons obtenu avec lui d'incontestables succès dans des eczémas prurigineux rebelles. On l'a aussi employé avec avantage dans l'urticaire chronique et dans tous les prurits.

III. Électricité statique. Franklinisation. — Nous renvoyons aux traités spéciaux pour l'étude théorique de l'électricité statique, des appareils qui servent à la produire et de ses effets physiologiques et thérapeutiques généraux.

Qu'il nous suffise de dire que l'on utilise surtout en dermatologie les machines de Whimshurst, de Carré ou de Bonetti, etc..., et comme excitateurs, des excitateurs en métal, ou en bois, ou en chiendent.

Méthodes d'électrisation statique. — Quelle que soit la machine dont on dispose, les méthodes d'application de l'électricité statique se réduisent à six principales : 1° le bain; 2° le souffle; 3° l'effluve ou l'aigrette; 4° la douche; 5° la friction; 6° l'étincelle.

1° *Bain statique*. — Le malade est placé sur le tabouret que l'on a relié à l'un des pôles de la machine, l'autre pôle est en communication avec le sol.

La machine est mise en mouvement, et un courant continu d'électricité s'établit de la machine au tabouret, du tabouret au malade, et du malade à l'air extérieur ou en sens inverse, suivant que le malade est relié au pôle positif ou au pôle négatif de la machine. Le bain peut donc être positif ou négatif.

Le bain électrique doit avoir une durée de dix à trente minutes; on commence par ne le donner que pendant quelques minutes pour tâter la susceptibilité du malade. Pour obtenir de bons résultats, l'expérience nous a démontré que la durée du bain statique, après accoutumance, bien entendu, ne doit pas être inférieure à vingt-cinq minutes; c'est grâce à cette façon de procéder que nous avons obtenu un certain nombre de succès chez des malades qui n'avaient retiré aucun bénéfice d'un traitement électrique antérieur dans lequel la durée du bain avait été de dix minutes à peine.

2° *Souffle électrique*. — Le malade étant sur le tabouret, le médecin approche de la partie sur laquelle il veut agir un excitateur armé d'une ou de plusieurs

[1] Voir cependant les travaux de Bordier et ceux de E. Vollmer, Ekzembehandlung und der faradische Strom. (*Therapeut. Monatshefte*, 1899, t. XIII, p. 549.) Ces auteurs auraient traité avec succès plusieurs cas d'eczéma humide par le courant faradique.

[2] Pour plus de détails, voir l'article déjà cité et les ouvrages spéciaux.

pointes. Le malade éprouve une sensation de courant d'air tiède ou frais. Le souffle électrique a des propriétés calmantes très remarquables, c'est à lui que nous avons recours dans le traitement des prurits.

3° *Effluve ou aigrette.* — On la produit à l'aide d'une pointe mousse en bois; elle détermine une sensation de piqûre ordinairement très bien supportée.

4° *Douche électrique.* — Le malade étant sur le tabouret, on place au-dessus de sa tête, à une distance variable, un disque muni de pointes très nombreuses.

5° *Friction électrique.* — Elle se fait à l'aide d'un excitateur à boule que l'on promène sur le malade à travers les vêtements. Elle détermine une sensation de brûlure très vive.

6° *Étincelle électrique.* — Les étincelles s'obtiennent à l'aide d'un excitateur métallique armé d'une boule : elles produisent sur la peau une action révulsive énergique et déterminent des contractions musculaires.

Indications de l'électricité statique. — L'électricité statique, très employée il y a quelques années, a beaucoup perdu de son importance en thérapeutique cutanée depuis la découverte de la radiothérapie. Ceux que cette question intéresse devront se reporter à notre article *Électricité de la pratique dermatologique.*

Qu'il nous suffise de dire qu'elle nous a donné des résultats sous forme de bains statiques et d'effluves dans les prurits dits essentiels, dans les prurits avec lichénification, dans l'urticaire nerveuse, dans certains eczémas prurigineux à poussées brusques et rapides qui s'observent chez certains arthritiques nerveux, surmenés et neurasthéniques.

Cette méthode nous paraît indiquée dans les dermatoses prurigineuses qui sont en relation avant tout avec de l'excitabilité nerveuse, en second lieu avec l'arthritisme.

Ce procédé semble agir en calmant le système nerveux ; Monell a pu par ce moyen guérir les douleurs persistantes du zona, des hyperesthésies cutanées, etc.

C'est en même temps un tonique et un régulateur des échanges nutritifs. C'est donc aux profondes modifications qu'il imprime aux phénomènes intimes de la nutrition cellulaire que sont dus ses effets thérapeutiques.

Cependant la quantité assez considérable d'ozone à l'état naissant qui se dégage avec l'effluve semble avoir une action locale très manifeste dans certains cas.

Chez un certain nombre de malades le bain seul suffit pour calmer le prurit, chez d'autres on doit recourir à l'effluvation.

Chaque individualité apporte vis-à-vis de l'électricité, comme vis-à-vis de toute autre médication, sa susceptibilité particulière ; il serait donc illogique de vouloir soumettre tous les malades à une même formule thérapeutique, à une même méthode d'application, à une même dose du médicament.

Certains sujets ne supportent que le bain et encore n'est-ce que peu à peu qu'on les amène à tolérer les séances de vingt-cinq et trente minutes ; chez ceux qui ont une impressionnabilité très grande, l'effluvation peut être mauvaise, et nous avons vu parfois tout le bénéfice acquis par plusieurs bains consécutifs compromis et même détruit par une séance intempestive d'effluvation : il importe donc d'agir avec prudence et de tâter la tolérance du malade vis-à-vis de l'électricité. » (L. Brocq et F. Bisserié, *Pratique Dermat.*, t. II, p. 333, 339.)

IV. Courants de haute fréquence et de haute intensité. — Les courants de haute fréquence et de haute intensité ont été introduits dans la thérapeutique par M. le

professeur d'Arsonval, mais c'est au Dr Oudin que revient l'honneur de les avoir employés le premier dans les affections cutanées[1].

En soumettant un individu à l'action de ces courants (auto-conduction ou dérivation), mais surtout à l'immersion dans le grand solénoïde pendant quinze à vingt minutes tous les jours, on constate une augmentation dans l'intensité des combustions respiratoires et dans les phénomènes intimes de la nutrition : réveil de l'appétit, retour du sommeil, rénovation des forces, sédation du système nerveux ; la pression artérielle baisse, la diurèse est plus abondante, le chiffre de l'acide urique contenu dans les urines diminue, en même temps que le taux de l'urée augmente.

« La peau réagit sous l'action des étincelles d'une façon toute spéciale. Si on ne prend qu'un conducteur, on constate une révulsion plus ou moins vive, suivant qu'on laisse plus ou moins longtemps l'électrode en contact avec la peau. Cette révulsion, caractérisée par une légère rougeur, se diffuse assez vite et s'étend à une surface sensiblement plus grande que celle qui a été touchée par l'étincelle. Elle persiste, suivant les sujets, pendant vingt-cinq à trente minutes après l'électrisation, parfois pendant une demi-journée...

« Si on fait tenir à la main par un sujet un des conducteurs et qu'avec l'autre on excite des étincelles, dans ce cas ces étincelles sont beaucoup plus brillantes et plus chaudes. Elles provoquent ainsi une réaction beaucoup plus vive. Si on n'en fait éclater qu'une, on voit un instant après, sur une circonférence de 1 centimètre et demi ou 2 centimètres, autour du point touché, la peau s'amincir, devenir d'un blanc mat crayeux, en même temps que les papilles du derme s'érigent comme par une forte chair de poule. Cet état persiste pendant une ou deux minutes, suivant les sujets ; puis l'érection papillaire disparaît peu à peu, et à cette anémie spasmodique de la peau succède une teinte érythémateuse assez forte, persistant quelquefois plusieurs heures.

« Si, comme excitateur, au lieu d'une sphère ou d'une pointe, on emploie un pinceau ou une brosse de fils métalliques qu'on promène sur la peau, de l'extrémité de chaque fil part une étincelle diffusant pour ainsi dire l'action sur une plus large surface.

« On peut augmenter encore bien davantage la tension du courant en entrant plus ou moins loin dans le solénoïde, comme le fait d'Arsonval, une bobine de fil fin isolé dans l'huile, ou plus simplement, comme je l'ai indiqué, en interposant entre la première spirale et le conducteur une seconde spirale semblable à la première (résonnateur de Oudin). On peut alors, avec le doigt, tirer de l'électrode des étincelles minces, sinueuses, atteignant 6 à 8 centimètres de longueur, tout à fait comparables à celles de la machine statique sans condensateurs. Si l'on éloigne un peu plus la main de l'excitateur, éclate d'une façon continue entre les deux une effluve, une aigrette très nourrie, violette, apparente surtout dans l'obscurité, produisant sur la peau un picotement, une cuisson légère. Quand cette étincelle ou cette aigrette de très haute tension, éparpillée pour ainsi dire par un pinceau métallique a criblé pendant quelque temps une surface cutanée, elle y provoque de la rougeur, de la sudation, une élévation de température, en même temps qu'apparaît l'analgésie qu'a signalée d'Arsonval, et dont j'ai étudié quelques effets thérapeutiques.

[1] Voir les ouvrages spéciaux pour la description des appareils nécessaires à l'application de cette méthode.

« L'étincelle de haute fréquence arrache, en outre, au métal constituant l'électrode des parcelles de substance qu'elle entraîne sous forme d'oxyde ou de fragments métalliques portés à une haute température, et qu'elle fait pénétrer assez profondément sous la peau, les incrustant pour ainsi dire dans les couches profondes de l'épiderme et même jusque dans le derme où le microscope permet de les retrouver[1]. »

Indications thérapeutiques des courants de haute fréquence et de haute intensité. — Nous répéterons à leur propos ce que nous avons déjà dit à propos de l'électricité statique. Après avoir eu un moment de grande vogue, ce procédé est presque tombé dans l'oubli depuis l'introduction de la radiothérapie dans la thérapeutique (voir pour l'exposé de ses applications notre article Électricité de la *Pratique Dermat.*).

Il rend cependant de réels services dans les prurits circonscrits sine materia (névrodermies) et même dans les prurits circonscrits avec lichénification (névrodermites), mais surtout dans les formes superficielles et aberrantes du lupus érythémateux dans lesquelles il constitue même encore une méthode de choix.

V. Rayons X. — C'est à Rœntgen que l'on doit la découverte des rayons X. Pour l'exposé des travaux de cet auteur et des recherches antérieures qui lui ont permis d'arriver à ces résultats, pour l'étude des rayons eux-mêmes, pour celle des appareils nécessaires à leur production, nous renvoyons aux ouvrages spéciaux.

Nous supposerons également connus toutes les propriétés physiques des rayons X, leur pénétration dans les tissus, les distinctions qui ont été faites entre ampoules dures donnant des rayons pénétrants et ampoules molles donnant des rayons peu pénétrants, les ampoules à osmo-régulateur de Villard qui permettent d'avoir à volonté des rayons plus ou moins pénétrants, enfin les divers appareils de mesure de qualité et de quantité des rayons Rœntgen, le *spintermètre* de Béclère qui par l'indication exacte de la longueur de l'étincelle équivalente à la résistance de l'ampoule permet de se rendre compte du pouvoir de pénétration des rayons qu'elle fournit, le *radiochromomètre* de Benoist qui permet de classer numériquement les rayons d'après leur degré de pénétration, le *chromoradiomètre* d'Holzknecht et le *radiomètre X* de Sabouraud et Noiré qui permettent de mesurer la quantité de rayons que l'on fait absorber par les téguments (voir pour tous ces points si importants l'ouvrage de Belot sur la radiothérapie, 2e édit., 1905).

Mode d'action sur les téguments. — Voici comment on a été amené à utiliser les rayons X en dermatothérapie. On a remarqué qu'en les employant en médecine et en chirurgie comme moyens d'exploration ils déterminaient parfois des accidents cutanés plus ou moins graves, des érythèmes, des phlyctènes, des escarres plus ou moins profondes, des alopécies, de la chute des ongles, des dermatites eczématiformes avec tuméfaction des téguments à allures lentes, des conjonctivites, etc... (voir au chapitre *Éruptions artificielles* la description des accidents cutanés produits par les rayons X).

La *pathogénie de ces accidents* a été diversement interprétée. Dès le début de leur étude, Lannelongue, Kaposi, Thomson les ont rapprochés de ceux qui sont dus à l'action de la lumière solaire ou du moins des rayons ultra-violets de celle-ci. Oudin, Barthélemy, Darier tendent plutôt à admettre que les altérations cutanées

[1] Oudin. Emploi thérapeutique des courants de haute fréquence (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, juin 1897.)

ne sont pas primitives et qu'elles sont dues à une action locale sur les cellules du derme et de l'épiderme.

Voici d'après Freund la liste des phénomènes qui peuvent se passer autour d'une ampoule en activité : chaleur, ozone, rayons cathodiques, lumière ultra-violette, émission de particules matérielles, rayons de Rœntgen, décharges ou effluves électriques produites par l'ampoule, ondes électriques ou électrodynamiques, rayonnements de caractère inconnu. Mais des expériences décisives de Kienböck, Oudin et Scholtz ont démontré que les rayons de Rœntgen eux-mêmes constituent l'agent actif en radiothérapie, à l'exclusion des décharges électriques et autres phénomènes physiques qui se passent autour d'une ampoule en activité (Belot, p. 138).

Scholtz, après de nombreuses expériences, a cru pouvoir conclure que les rayons de Rœntgen influent surtout les éléments cellulaires de la peau qui subissent une dégénérescence lente, tandis que les tissus conjonctifs, élastiques, musculaires, etc. ne sont altérés qu'à un faible degré et secondairement, à la suite de la dégénérescence des cellules et des phénomènes inflammatoires de réaction. La dégénérescence atteint d'abord et surtout les cellules de l'épiderme, puis, à un moindre degré, les cellules glandulaires. Dès que la dégénérescence des éléments cellulaires a atteint un certain degré, des phénomènes de réaction inflammatoire se produisent, et déterminent une forte migration leucocytaire.

Audry et ses élèves, Dalous et Lasserre, ont admirablement étudié les lésions histologiques provoquées par les rayons X sur les tissus normaux. Ils ont constaté que les altérations les plus importantes existent au niveau de la couche basale de l'épiderme dont les éléments sont écartés les uns des autres, séparés par des espaces vides et présentent ainsi l'aspect d'une série de petits supports. Ces cellules n'ont plus d'adhérence qu'avec la basale et les couches cellulaires sus-jacentes, parfois même ces adhérences manquent, et elles sont appendues ou à la basale ou aux cellules du corps muqueux et inclinées dans des positions diverses. Leur forme est irrégulière, étirée. Elles peuvent être atrophiées ou gonflées par une énorme vacuole, etc... (voir pour plus de détails le mémoire original). De ces altérations découlent l'amincissement et parfois le décollement de l'épiderme, la disparition des prolongements interpapillaires, etc... Ces auteurs proposent de désigner ces lésions sous le nom de *radio-épithélites*. Cette action élective des rayons X sur la couche basale de l'épiderme normal explique leur action utile dans les épithéliomes baso-cellulaires (dérivés de la couche en palissade), moins efficace dans les épithéliomes spino-cellulaire (dérivés des cellules épineuses).

D'après Guido Holzknecht « toutes les cellules qui ont absorbé des rayons de Rœntgen, par suite de l'action chimique de ces rayons, sont le siège d'un processus pathologique. A la peau ce processus se manifeste par des modifications inflammatoires visibles à l'œil nu, que l'on désigne sous le nom de *réaction*, et cela après un certain temps de latence, si l'intensité du rayonnement a été suffisante. Mais ce n'est pas à la réaction inflammatoire, c'est à la *lésion cellulaire* qu'est liée l'action curative. Cette lésion cellulaire consiste en un processus particulier de dégénérescence qui attaque également chaque élément cellulaire sans dépasser les bornes de la région irradiée. Elle aboutit selon la quantité de rayons absorbée à la guérison ou à la mort de la cellule ; les cellules en voie de transformation cornée se détachent, les autres sont résorbées.

« Les diverses espèces de cellules de l'homme sain et des tissus malades sont pour de mêmes quantités de rayons de Rœntgen absorbées diversement sensibles (*action élective*). Eles sont en général d'autant plus sensibles qu'elles sont le siège

d'une rénovation cellulaire plus rapide, qu'elles sont plus riches en protoplasma, que le tissu est plus riche en suc. On peut, pour indiquer des types, citer :

« Comme *très sensibles*: le tissu lymphoïde, la peau modifiée par le psoriasis, le tissu du mycosis fongoïde, etc...

« Comme *extrêmement sensibles*, la peau modifiée par l'inflammation, l'acné, le sycosis, le lupus, etc., le tissu épithéliomateux, etc...

« Comme *moyennement sensibles*, l'épiderme sain et ses annexes ;

« Comme *moins sensibles*, le tissu conjonctif, les vaisseaux, la bordure des foyers de pelade, etc...

« Dans le cours d'une réaction, on distingue la période de latence, l'ascension, l'acmé, la descente et la durée de la réaction inflammatoire. Ces diverses périodes sont reliées entre elles par des *relations dont voici la loi :* plus la dose donnée est forte, plus la période de latence est courte ; plus l'ascension est rapide, plus l'acné est élevée, plus la durée totale de la réaction inflammatoire est longue.

« On peut distinguer les quatre degrés suivants d'intensité de la réaction :

« *Premier degré.* — Latence d'environ trois semaines. Processus de dégénération sans réaction inflammatoire, que décèlent seulement les effets extérieurs (desquamation, dépilation, résorption des tissus pathologiques). Intégrité de la peau.

« *Deuxième degré.* — Latence d'environ deux semaines. Mêmes phénomènes que ci-dessus ; mais de plus phénomènes inflammatoires sans vésication. La peau recouvre son intégrité, sans cicatrice.

« *Troisième degré.* — Latence d'environ une semaine. Mêmes phénomènes que ci-dessus, mais avec vésication, exfoliation et suintement. La peau se recouvre d'épiderme, se décolore, et, plus tard, présente des signes d'atrophie.

« *Quatrième degré.* — Latence d'environ trois ou quatre jours. Mêmes phénomènes que ci-dessus, mais avec nécrose. Il se forme finalement une cicatrice souvent après que la peau s'est temporairement recouverte d'épiderme.

« Au point de vue thérapeutique, on s'en tient surtout au premier et au deuxième degrés : parfois dans les tumeurs malignes on arrive au troisième et au quatrième degrés.

« **Modes de traitement.** — Deux modes principaux de traitement sont en usage :

« 1° *Le traitement à dose massive, où la dose qui suffit pour atteindre le degré de réaction désiré est donnée en une seule séance.*

« Nombreuses sont les affections cutanées où une seule réaction peut suffire à la guérison (épithélioma, pelade, éruptions du mycosis fongoïde, teigne tondante, etc...)

« Par contre, dans d'autres affections, une seule réaction n'est jamais suffisante pour obtenir le succès (lupus, hypertrichose, etc...) On renouvelle alors la séance quand la réaction a pris fin, c'est-à-dire à des intervalles de quatre à sept semaines. »

« 2° Le traitement à *doses fractionnées* (plus rare), d'où résulte, par la continuelle succession des réactions subintrantes, un état permanent de réactions d'intensité variable. On fait usage habituellement de demi-doses à des intervalles de deux à trois semaines. Il y a avantage à donner la première dose presque entière.

« Il faut rejeter l'ancienne pratique traînarde des séances fréquentes et même quotidiennes, à doses minimes, jusqu'à l'apparition des premiers signes de la réaction. Elle ne peut être employée qu'en l'absence de tout moyen de dosage.

« **Application du traitement.** — a) *Fonctionnement rationnel des ampoules.* La quantité des rayons fournie par l'ampoule, en une séance, est le produit de *l'intensité* du rayonnement par le *temps* que dure cette séance. Pour atteindre en très peu de temps la quantité souhaitée, il faut donc disposer d'un rayonnement intense et d'une intensité durable. Tout dépend de l'appareil instrumental dont la pièce la plus importante est l'ampoule de Rœntgen, c'est-à-dire une ampoule à air raréfié, traversée par des décharges électriques de très haute tension (Holzknecht). » (En France nous nous servons actuellement surtout des ampoules Chabaud à osmorégulateur de Villard.)

b) *Protection de la peau saine.* — On a construit des appareils fort ingénieux qui enveloppent l'ampoule et qui ne laissent pour le passage des rayons qu'un diaphragme iris réglable comme grandeur permettant de n'agir que sur les points malades, protégeant totalement les parties saines. On peut assurer pratiquement cette protection en les recouvrant de lames de plomb de 2 millimètres et demi d'épaisseur puisque d'après Holzknecht elles absorbent environ 96 p. 100 des rayons Rœntgen qui les frappent. Il est pratique au point de vue de la propreté d'employer ces lames de plomb recouvertes de caoutchouc sur leurs deux faces. Il suffit d'environ six morceaux de 33 centimètres sur 50 centimètres, d'une épaisseur de 1 millimètre, munis sur leur plus petit côté d'encoches demi-circulaires de diverses dimensions pour encadrer toujours, au moyen de leur assemblage, les foyers à traiter, quelle qu'en soit la forme.

c) *Régulière répartition de l'irradiation.* — Voici à cet égard la règle empirique formulée par Holzknecht : « L'ampoule doit être placée perpendiculairement au-dessus du centre de la région à irradier, le foyer des rayons à une distance au moins double du plus grand diamètre de cette région si la surface est plane ou presque plane, à une distance plus grande si elle est convexe. Au cas où le champ d'irradiation est très grand, la durée de la séance devient très longue. Aussi ne dépasse-t-on jamais pour l'ampoule, une distance de 30 centimètres. On divise la région trop vaste en parties plus petites qu'on irradie l'une après l'autre, à plus courte distance (*toujours comptée du foyer des rayons et non de la paroi de l'ampoule*) comme si chacune d'elles était seule. » C'est à la précision avec laquelle le radiothérapeute met ces principes en application dans la pratique que l'on reconnaît son habileté. Il doit obtenir d'une manière égale sur toute la surface malade la réaction thérapeutique voulue.

« d) *Dosage.* — Le dosage comprend tout ce qui tend à faire absorber à la région irradiée une quantité déterminée, ni trop forte, ni trop faible, de rayons de Rœntgen.

« L'unité de quantité, pour les rayons de Rœntgen, est l'unité H, » (empiriquement choisie, mais non exactement définie, par Holzknecht) : c'est le tiers de la dose dont l'absorption par la peau du visage, chez l'adulte, provoque une réaction appréciable.

« On mesure la quantité de rayons absorbée par la peau au moyen du chromoradiomètre » de Holzknecht ou du radiomètre x de Sabouraud et Noiré. On place le godet réactif ou la bande de papier à une distance du foyer des rayons analogue à celle à laquelle se trouve la région à irradier et on le compare de temps en temps à l'échelle de mesure. Dès que la teinte désirée est obtenue, on cesse l'irradiation [1].

[1] Tout ce qui précède est forcément un peu vague et tout à fait incomplet. Les médecins qui voudront faire de la radiothérapie devront étudier cette importante méthode dans le beau livre de notre ancien élève Belot (2e édition, 1905).

On emploie d'ordinaire en radiothérapie dermatologique des rayons peu pénétrants, marquant entre 5 et 6 au radiochromomètre de Benoist : ils sont produits par les ampoules que l'on appelle demi-molles.

En somme, la pratique que Bisserié, Belot et Mézerette ont suivie dans notre service de l'hôpital Broca peut être résumée de la manière suivante :

« On fait absorber à la peau le plus vite possible (et pour cela il faut quelquefois tâtonner), la quantité nécessaire pour obtenir la guérison, si cette quantité est compatible avec l'intégrité des téguments; si elle ne l'est pas, on donne à chaque séance ou à chaque série de séances, la dose la plus élevée compatible avec l'intégrité de la peau.

« Entre chaque application, on met un intervalle de dix à vingt jours de repos. On ne recommence que si la réaction est calmée ou en décroissance, et on se guide pour la quantité à faire absorber sur l'état des tissus et sur celui de la lésion » (Belot).

Indication de la radiothérapie. — La radiothérapie a été appliquée à toutes les dermatoses. Voici la liste de celles dans lesquelles elle a donné des résultats vraiment excellents : on se reportera à l'étude de chacune d'elles pour quelques détails.

L'épithéliome cutané, le mycosis fongoïde, certains sarcomes, certains eczémas rebelles, le lichen simplex circonscrit, les prurits rebelles, le lichen plan, les psoriasis rebelles, la trichophytie, l'acné vulgaire rebelle, les sycosis, le lupus érythémateux, peut-être le lupus vulgaire, les verrues, dans certains cas l'hypertrichose.

On est en ce moment encore au sujet de la radiothérapie dans tout l'enthousiasme que provoque toujours une grande découverte ; mais il est probable que peu à peu les indications de cette méthode se restreindront. On sait déjà qu'elle est loin de réussir toujours dans l'hypertrichose et que parfois même elle n'y réussit qu'au prix d'accidents cutanés rebelles et regrettables, qu'elle ne réussit pas dans tous les cas d'épithéliomas cutanés, que même parfois elle semble en précipiter l'évolution, qu'elle provoque dans quelques cas rares l'apparition d'intolérables douleurs (Danlos, *Soc. de thérap.*, 24 mai 1905, quatre cas de névrite extrêmement douloureuse occasionnée par les rayons X).

VI. La radiumthérapie en thérapeutique cutanée[1]. — On sait que le radium appartient au groupe des substances radio-actives qui, « comme de minuscules soleils, sont le siège d'un dégagement continu de lumière et de chaleur, et qui émettent, en même temps, un rayonnement comparable, dans une certaine mesure, à celui des ampoules de Rœntgen » (A. Béclère. *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 décembre 1904).

On a, dès la découverte de ces curieuses propriétés, tenté de les utiliser en thérapeutique. Mais on s'est heurté immédiatement à d'énormes difficultés. Les principales viennent de ce qu'il est encore peu pratique de doser exactement la radio-activité des échantillons que l'on peut avoir à sa disposition.

« Or le rayonnement du radium, de nature plus complexe que le rayonnement de Rœntgen est composé d'un mélange de rayons, les uns déviables par l'aimant,

[1] Nous serons extrêmement bref sur cette question qui est encore restée presque exclusivement théorique. Ceux qui voudront l'étudier dans toute sa complexité, et elle l'est encore plus que celle des rayons Rœntgen, devront se reporter aux travaux de Curie, de Danlos, de Bouchard et Balthazard, de Béclère, etc...

les autres non déviables, les uns électrisés positivement ou négativement, les autres non électrisés, tandis que le rayonnement de Rœntgen comprend seulement des rayons non déviables par l'aimant et non électrisés. » (Béclère.)

« Le rayonnement du radium est constitué par un mélange de trois espèces de rayons :

« Les rayons α, électrisés positivement, déviables par l'aimant dans un sens opposé à celui de la déviation des rayons cathodiques, sont assimilables aux rayons canaux des ampoules de Crookes.

« Les rayons β, électrisés négativement, déviables par l'aimant de la même manière et dans le même sens que les rayons cathodiques, sont assimilables à ces derniers.

« Les rayons γ ne sont pas électrisés et ne sont pas déviables par l'aimant ; ils sont assimilables aux rayons de Rœntgen. » (Béclère.)

En pratique, on doit tenir compte du degré d'activité du sel de radium que l'on emploie, car, et c'est là à l'heure actuelle un défaut de cette méthode, on n'a pu encore obtenir de radium pur toujours semblable à lui-même, et on n'utilise que des sels de radium, chlorure, bromure, azotate, carbonate, sulfate, à l'état plus ou moins pur. On calcule leur radio-activité en les comparant à l'unité active de l'uranium métallique. « Quand on parle par exemple d'un sel de baryum radifère dont l'activité est de 500 000, on entend qu'un gramme de ce sel est 500 000 fois plus actif qu'un gramme d'uranium métallique. »

Il faut en outre tenir compte : 1° De la quantité de sel que l'on emploie (pour un même sel, à poids double, correspondra une énergie double) ; 2° de l'épaisseur de la couche de sel de radium ; 3° de la nature et de l'épaisseur de la paroi du récipient qui contient le sel de radium. Les échantillons de ces sels sont en effet soigneusement enfermés dans de petits récipients d'ébonite, ou de verre, ou de métal hermétiquement clos.

« Or les rayons α qui forment la plus forte partie du rayonnement sont si peu pénétrants, par suite si absorbables, qu'ils sont absorbés presque en totalité par le moindre obstacle interposé sur leur trajet. Les rayons β, plus pénétrants, ne subissent en traversant la paroi du récipient qu'une absorption partielle, et les rayons γ, beaucoup plus pénétrants encore, ne sont, pour ainsi dire, nullement arrêtés... Il importe donc de distinguer entre le degré d'activité réelle ou plutôt potentielle d'une quantité donnée de sel de radium, supposé dépourvu de toute enveloppe, et ce qu'on peut appeler le degré d'activité efficace de ce même sel placé dans un récipient. » C'est ainsi qu'un échantillon de sel de radium d'activité 500 000 placé dans son récipient n'a plus qu'une radio-activité de 7 500 (Béclère).

Béclère conseille d'ailleurs d'employer en radiumthérapie comme en radiothérapie la méthode chromoradiométrique de Holzknecht pour mesurer autant que possible cliniquement le degré d'activité efficace du sel radifère.

D'ailleurs l'expérience montre qu'une application de sel de radium et une irradiation de Rœntgen, capables de colorer également un godet réactif de Holzknecht, sont loin de provoquer les mêmes réactions cutanées (Béclère).

Il faut en outre se préoccuper de la manière dont est réparti le sel de radium dans le récipient. Il faut autant que possible qu'il ne forme pas un foyer punctiforme, car alors l'intensité du rayonnement décroît en raison inverse du carré de la distance : il faut qu'il soit bien tassé sous la forme d'une couche plane d'une certaine épaisseur et d'une certaine étendue pour que l'on puisse considérer le rayonnement comme formé de rayons parallèles. Béclère a fait construire des

récipients de forme carrée dans lesquels du sel de baryum radifère actif à 500 000 est tassé en couche plane de 6 à 7/10 de millimètre d'épaisseur. Ils sont montés sur tige à pivot pour pouvoir prendre toutes les positions possibles et en particulier pour pouvoir s'appliquer sur un point quelconque de la cavité buccale ou de toute autre muqueuse.

D'après des expériences du même auteur, il semble que les sels de radium appliqués sur la peau se comportent comme le feraient des ampoules de Rœntgen extraordinairement molles; ils exercent une action considérable à la surface, minime dès une très faible profondeur : en somme les rayons qu'ils émettent sont surtout peu pénétrants.

Voici ce que dit Danlos à ce sujet : « Avec des ampoules dont l'activité ne dépassait pas 19 500, j'ai fait des poses dont la durée variait de six à trente-six heures. Dans ces conditions, voici en général ce que l'on observe. Tout d'abord un peu de rougeur passagère (si l'application a été faite avec pression surtout) ou même rien : puis, après un temps variant de cinq à quinze ou vingt jours suivant l'activité des produits, suivant la région, ou l'état antérieur de la peau, l'épiderme dans toute l'étendue du point d'application, et *dans celle-ci seulement*, prend un aspect macéré, blanchâtre, laisse voir par translucidité une rougeur sous-jacente, puis tombe. Souvent aussi il se produit une phlyctène flasque, et, celle-ci déchirée, une ulcération sous-jacente apparaît. Nous l'avons toujours vue, sauf dans un cas, très superficielle, mais sa sécrétion est assez abondante, et la guérison, toujours très lente, comme celle des radiodermites ulcéreuses par rayons X, auxquelles l'ulcération par le radium est très comparable, demande plusieurs semaines. A l'inverse de ce que l'on voit pour les dermites par rayons X, il n'y a généralement pas de douleurs ; mais à cette règle existent des exceptions si la surface ulcéreuse est grande, et si l'application a été trop prolongée. » (Danlos, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 février 1905).

Les sels de radium ont déjà donné des résultats utiles dans les épithéliomes superficiels, les lupus vulgaires, les nævi... Ils offrent le grand avantage de pouvoir être appliqués en des régions où l'emploi des rayons de Rœntgen n'est pas facile, comme les replis du pavillon de l'oreille, l'angle interne de l'œil, l'intérieur de la bouche, le pharynx. Leur indication capitale est donc le traitement de lésions peu étendues en surface, surtout peu profondes, et dont le siège anatomique rend l'emploi des rayons de Rœntgen très malaisé.

C'est Danlos qui le premier en France a scientifiquement et pratiquement étudié l'action du radium sur la peau malade : depuis lors son exemple a été suivi par de nombreux auteurs. On peut dire qu'à l'heure actuelle encore cette méthode est imprécise et ne peut être recommandée sans quelque hésitation. Nous avons vu d'incontestables résultats obtenus par Danlos dans le lupus vulgaire, les épithéliomes... Strassmann a employé ce procédé avec succès dans le lichen ruber plan et verruqueux, dans le lupus érythémateux, dans les nævi vasculaires, l'hypertrichose, l'acné rosée, le psoriasis, les verrues.

Il est évident qu'il faut pour l'emploi des sels de radium suivre les mêmes principes que pour l'emploi des rayons X : on ne doit intervenir qu'avec les instruments de mesure à la main. Strassmann conseille de faire des séances répétées et rapprochées : à priori cette pratique nous paraît peu rationnelle. Nous préférons celle de Danlos qui s'efforce de n'obtenir qu'un érythème, mais qui tâche de l'obtenir, et qui renouvelle ses applications au bout de trois semaines ou plus, suivant les modifications des parties malades.

Lassar recommande d'employer des appareils de faible intensité que l'on fixe sur les parties malades pendant un laps de temps assez prolongé, mais de manière à n'avoir ni de nécrose, ni même d'inflammation. Il cesse les applications dès qu'il y a le moindre symptôme de rougeur, de tuméfaction, ou de sensibilité. Il semble qu'à mesure que l'on intervient davantage, le tissu acquiert plus de résistance à l'action du sel de radium (Lassar).

Bouveyron dit avoir traité avec un certain succès des lupus par du *nitrate d'uranium*. Nous enregistrons simplement ce fait isolé.

VII. Photothérapie. — Les médications fondées sur l'emploi de la lumière sont multiples. Nous pouvons les ramener à deux méthodes principales :

a) L'emploi direct de la lumière solaire ou de la lumière électrique sous la forme de bains de lumière ;

b) La photothérapie proprement dite telle qu'elle a été créée par Finsen.

a) *Bains de lumière.* — De tout temps les bains de soleil ont été utilisés en thérapeutique. La lumière de l'arc voltaïque étant celle qui se rapproche le plus de la lumière solaire, il était tout naturel d'essayer de remplacer par des bains de lumière électrique les bains de soleil difficiles à employer dans certains pays.

On n'en est encore qu'aux essais au point de vue de leur application aux affections cutanées. On sait qu'en plaçant les malades atteints de variole dans une chambre où ne pénètrent que les rayons rouges, la marche de la maladie est enrayée, la suppuration et ses suites sont presque supprimées.

Il semble qu'en faisant prendre des bains de lumière verte à certains malades atteints de prurits rebelles, on calme dans une certaine mesure leurs souffrances. Mais ces résultats sont bien incertains.

Guimbail a été l'un des premiers à utiliser la lumière électrique comme agent thérapeutique. Il se sert de la lumière fournie par les lampes à incandescence sans la dépouiller d'aucune de ses radiations.

L'appareil qu'il emploie se compose d'une caisse à ventilation graduable, à l'intérieur de laquelle est disposée une batterie de lampes à incandescence en groupes différents qu'on répartit au gré des besoins. Ces lampes, à voltage bien déterminé, sont reliées à la source d'énergie électrique par un circuit muni d'une résistance. L'intensité lumineuse doit être poussée jusqu'au blanc étincelant; ces lampes sont au nombre de 100 réparties en trois groupes.

Le malade est assis ou étendu et introduit dans l'appareil ; il est déshabillé et recouvert d'un ample peignoir blanc en tissu de fil, la durée du bain est de dix à trente minutes.

Guimbail a guéri par cette méthode des malades atteints d'eczéma rebelle. W. Winternitz a obtenu des succès dans l'eczéma avec la lumière solaire rouge.

b) *Photothérapie proprement dite. Méthode de Finsen. Finsenthérapie.* — On sait que les rayons chimiques du spectre possèdent des propriétés bactéricides. Ils peuvent en outre exercer sur les tissus une action inflammatoire substitutive, action qui est depuis longtemps prouvée par l'existence des érythèmes solaires et électriques ; ces rayons peuvent pénétrer dans l'intérieur des tissus cutanés surtout s'ils sont exsangues. C'est sur ces propositions dont la vérité a été scientifiquement vérifiée que repose la méthode de Finsen.

Nous résumerons brièvement les travaux de cet auteur. C'est aux rayons chimiques seuls que Finsen demande une action thérapeutique ; par un procédé simple et ingénieux, il supprime les radiations caloriques du spectre, les ultra-rouges,

les rouges et les jaunes, et il recueille les radiations chimiques qu'il concentre au moyen de miroirs et de lentilles pour en augmenter l'action.

Il arrive à cette exclusion en faisant passer les rayons lumineux à travers une couche d'eau colorée par le bleu de méthylène ou le sulfate de cuivre ammoniacal ; il obtient ainsi une lumière bleu ou bleu violet qui est microbicide par excellence, Il utilise uniquement l'arc voltaïque, car la lumière émanant des lampes à incandescence contient trop peu de rayons chimiques.

« Pour concentrer les rayons lumineux électriques, il emploie un appareil composé de deux cylindres s'emboîtant comme les pièces d'un télescope et contenant chacun deux lentilles plan convexe.

« Les verres 1 et 2 tournés vers le foyer lumineux sont destinés à rendre parallèles les rayons divergents de l'arc voltaïque.

« Entre les lentilles 3 et 4 qui ont pour fonction de faire converger les rayons rendus parallèles par les lentilles 1 et 2, se trouve une couche d'eau distillée (10 litres). Au bout de l'appareil est appliqué un cylindre très aplati fermé à ses deux extrémités par des verres plans et rempli d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre (filtre de lumière). L'eau et la solution de sulfate de cuivre sont contenues pour des raisons pratiques dans des réservoirs différents, l'eau n'ayant besoin d'être changée que très rarement, tandis que la solution de sulfate de cuivre doit être renouvelée très souvent. De plus chaque appareil est muni de plusieurs filtres-lumière de différente force, le degré de température supporté par chaque malade étant très variable.

« La distance entre les deux systèmes de lentilles étant indifférente au point de vue optique, les deux pièces de l'appareil peuvent être à volonté rapprochées ou éloignées l'une de l'autre, ce qui est fort commode en pratique.

« L'intensité de la lumière voltaïque employée varie de 60 à 80 ampères[1] ».

Cette méthode a été employée par Finsen dans différentes dermatoses infectieuses mais surtout contre le lupus vulgaire.

Le procédé employé par Finsen pour le traitement du lupus vulgaire consiste à exposer quotidiennement pendant un laps de temps variant de quelques jours à plusieurs semaines une même région mesurant de 1 à 3 centimètres carrés à l'action des rayons lumineux pendant une ou deux heures ; on procède ainsi par régions bien circonscrites jusqu'à ce que toute la partie atteinte ait subi l'action des rayons chimiques concentrés. « Le sang empêchant la pénétration de la lumière dans les tissus, il est nécessaire de rendre la région cutanée à traiter à peu près exsangue : ce résultat est obtenu au moyen d'appareils compresseurs appliqués pendant le traitement directement sur la peau. » L'application n'est pas douloureuse, mais elle produit toujours chez les malades ainsi traités un érythème plus ou moins accusé en rapport avec l'intensité de la lumière et la susceptibilité individuelle, et assez souvent même au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures l'apparition d'une bulle semblable à celle d'un vésicatoire.

Après guérison apparente les malades sont examinés à des intervalles de un à plusieurs mois et soumis derechef au traitement dès qu'on découvre quelques nouveaux foyers lupiques.

D'après Finsen cette méthode donne des résultats remarquables et qui n'ont été

[1] Finsen. *La photothérapie*. Georges Carré et Naud, éditeurs, Paris, 1899 ; Finsen's medicinske Lysinstitut de Copenhague, 1898. — Les rayons chimiques concentrés appliqués à la thérapeutique du lupus vulgaire. *Semaine médicale*, décembre 1897.

jusqu'à ce jour réalisés par aucune médication ; de plus les effets de la lumière sur le lupus continuent à se produire même après la cessation du traitement [1].

Les propriétés bactéricides des rayons chimiques ont été utilisées encore par Finsen et Larsen [2] pour le traitement de la pelade : dans ce cas on employait un appareil puissant et l'action de la lumière était prolongée pour obtenir simultanément avec l'action bactéricide un effet irritant sur le cuir chevelu. D'après Larsen, ce traitement serait bien supérieur à tous ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour. Dans tous les cas traités on a obtenu une repousse rapide des cheveux : le cas le plus rebelle a mis trois mois à guérir. Mais cette méthode a beaucoup perdu de terrain dans ces derniers temps.

Parmi les autres dermatoses contre lesquelles la Finsenthérapie a été utilisée avec un certain succès citons le lupus érythémateux, l'épithélioma, l'acné vulgaire, l'acné rosacée, le nævus vascularis planus, le sycosis.

Les travaux de Finsen ont eu un énorme retentissement. Dès leur apparition on a cru qu'ils donnaient enfin une méthode sûre, facile à appliquer, de traitement des lupus, et il y a eu un engoûment universel qui s'est traduit par de fort nombreuses publications et par des essais de simplification de l'appareil primitif de Finsen qui est encombrant, fort coûteux, et consomme beaucoup de lumière.

Citons parmi les auteurs français qui se sont très activement occupés de ces questions, Foveau de Courmelles, Lortet et Genoud, Broca, Chatin et Carle, Leredde et Pautrier, etc...

C'est Leredde qui s'est fait en France l'ardent défenseur de la photothérapie. Exaltant cette méthode dans son ouvrage sur la thérapeutique des maladies de la peau(p. 106 et suivantes), il pose les principes suivants :

a) Les réactions inflammatoires produites par les rayons chimiques s'étendent à une très grande profondeur lorsque le sang est chassé des tissus.

b) Les réactions photogénétiques ne sont pas destructives ;

c) Les cicatrices photogénétiques sont absolument parfaites ;

d) Les réactions photogénétiques ne sont pas douloureuses.

Une des conséquences de la vulgarisation de la méthode de Finsen a été la simplification de son appareil primitif beaucoup trop coûteux pour le praticien.

Les principaux dérivés de l'appareil de Finsen sont les appareils de Lortet-Genoud, de Bang, de Broca-Chatin, de Finsen-Reyn, et de Marie.

Dans le Lortet-Genoud on s'est efforcé de placer le malade le plus près possible du foyer lumineux pour éviter les pertes. La lampe à arc fonctionne avec une intensité de 10 à 20 ampères ; les charbons sont disposés de manière à former un angle largement ouvert. En avant du foyer se trouve une lentille avec courant d'eau

[1] Voir les travaux de Stephen Mackenzie, *British Journal of Dermatology*, novembre 1899, p. 427, et ceux des élèves de Finsen, Congrès de Dermatologie de Paris, août 1900. On y trouve résumés ainsi qu'il suit les avantages de cette méthode : 1° Effet remarquablement constant ; 2° Résultat esthétique des plus satisfaisants, car le traitement est essentiellement conservatif ; 3° Possibilité de traiter, sans crainte de cicatrice, les parties en apparence saines, contiguës à la périphérie ; 4° Pas d'effets secondaires ou rétroactifs défavorables ; 5° Traitement indolore.

[2] Finsen, Copenhague, 1896. — Bie et Larsen. *Notes bactériologiques de l'Institut Finsen*. Copenhague, janvier 1899. — Jersild. Quelques cas de pelade traités par les rayons chimiques concentrés. *Annales de Dermat.*, 1899, p. 20. — Voir également les travaux de Leredde. La cure photothérapique du lupus érythémateux. *Société de thérapeutique*, séance du 9 janvier 1901. — *Bulletin de thérapeutique*, 23 janvier 1901, p. 92, et surtout son si intéressant et si complet article : La Photothérapie et ses applications à la thérapeutique des affections cutanées. *Bulletin général de thérapeutique*, 30 janvier 1901, p. 129.

continu, lentille sur laquelle le malade appuie lui-même la région que l'on veut traiter.

Dans les appareils de Bang et de Broca-Chatin on emploie des électrodes métalliques en fer ou en fonte qui donnent des réactions cutanées de la plus grande intensité : on leur reproche de ne pas avoir d'action pénétrante.

Dans le Finsen-Reyn, on emploie comme dans les appareils précédents une source lumineuse de 20 ampères environ, mais on utilise le concentrateur de lumière de Finsen qui se place devant la lampe à arc. C'est de tous les petits appareils celui qui jouit à l'heure actuelle de plus de faveur dans le public médical.

Et cependant il nous semble que celui qui doit être préféré pour l'usage courant dans un cabinet médical est l'appareil de Marie de Toulouse qui est de beaucoup le plus maniable, et le plus rationnellement construit. Il est mobile sur un pied auquel il est suspendu par une chaîne et on peut faire directement une compression énergique sur la région que l'on doit traiter. Avec lui on utilise le maximum de lumière émise avec une intensité donnée de courant grâce à une disposition particulière des charbons, et à la réduction au minimum de la distance qui sépare l'arc lumineux de la peau malade. En outre il permet de faire une compression mécanique permanente et suffisante.

La compression en photothérapie a une importance considérable. Comme l'a fort bien démontré Finsen, il est nécessaire, pour que les rayons chimiques puissent pénétrer profondément, de rendre les tissus de la région à traiter aussi exsangues que possible, car les globules rouges du sang arrêtent immédiatement, même sous une faible épaisseur, les rayons ultra-violets. Or l'une des causes les plus fréquentes de récidive des lupus (la maladie dans laquelle la photothérapie est le plus souvent appliquée), c'est que l'on n'a pas atteint les tubercules situés dans la profondeur des tissus, et qu'on n'a obtenu qu'une guérison de surface. Un des avantages les plus considérables de la photothérapie sur les autres méthodes de traitement de cette affection, c'est la possibilité d'atteindre tous les tissus malades en profondeur par la photothérapie bien faite.

Marie (*Arch. d'élect. méd.*, 10 mars 1904) a fort bien indiqué quelles doivent être les conditions d'une bonne compression : elle doit être *énergique* afin d'amener l'anémie des tissus profonds, *progressive*, car une compression faite lentement permet d'atteindre un maximum qu'il est impossible d'obtenir en une seule fois ; *permanente*, car, si on laisse la décompression se produire, les tissus anémiés se congestionnent aussitôt, *mesurable* enfin, ce qui permet de ne point se servir, comme point de repère, de la sensibilité particulière de chaque malade, pour lui donner la compression nécessaire à un bon effet thérapeutique.

On comprend que pour obtenir de pareils résultats, on ne puisse avoir recours au malade lui-même, ni même à une autre personne chargée tout spécialement de sa surveillance et qui pendant toute la séance comprime avec la main à l'aide d'une lentille de verre la partie à opérer, ce qui se fait d'ailleurs à l'institut Finsen.

Mézerette, dans notre service de l'Hôpital Broca, a inventé un appareil compresseur qui enregistre constamment sur un cadran la pression exercée sur les tissus et qui permet ainsi de la surveiller et de la régler avec une précision inconnue jusqu'ici (voir pour de plus amples détails : Mézerette : De la compression en photothérapie ; *Annales de Dermat.*, avril 1905, p. 315). En nous servant de cet appareil nous n'avons jamais eu, sauf de rares exceptions, de ces réactions douloureuses qui commencent quelques heures après l'application et qui aboutissent à la formation d'une phlyctène ; nous obtenons avec lui des réactions peu douloureuses

qui se manifestent de vingt-quatre à quarante-huit heures après la séance par un peu de rougeur, un léger œdème de la région traitée, et la formation de quelques croûtes jaunâtres. Elles indiquent que les radiations chimiques ont pénétré profondément dans les tissus pour y exercer leur action curative (Mézerette).

Quelques heures, parfois un ou deux jours après la séance apparaît sur le point traité de la rougeur « et cela d'autant plus tardivement que l'application du rayon chimique a été plus longue et que l'action est plus profonde. Peu après l'apparition de la rougeur on voit survenir un peu de gonflement, un œdème plus ou moins marqué... ; dans la majorité des cas, en même temps que l'œdème, on voit apparaître un suintement séreux qui se coagule en croûtes jaunâtres plus ou moins épaisses. Chez un assez grand nombre de malades, on voit même apparaître une véritable bulle de phlyctène remplie de liquide qui donne également bientôt naissance à une croûte. Huit jours en moyenne après la séance toute réaction inflammatoire a disparu et l'on peut se rendre compte des résultats obtenus sur la partie traitée » (Leredde, *loc. cit.*, p. 117-118).

On traitera cette réaction inflammatoire par des applications de compresses d'eau bouillie ou faiblement biboratée ou par une crème quelconque, par exemple : vaseline 5 grammes, lanoline et eau de chaux āā 10 grammes; on ne devra jamais arracher les croûtes. Lorsqu'elles se seront détachées spontanément, on pansera avec la pâte de zinc.

Les résultats ultérieurs sont des plus remarquables : on obtient par ce procédé une transformation fibro-scléreuse de la peau qui se fait d'une manière lente, progressive, sans perte de substance, sans atrophie cutanée consécutives. Il se produit (Leredde et Pautrier) une prolifération des cellules fixes dans toute l'épaisseur du derme, une phlycténisation des éléments du corps muqueux. Les cicatrices définitives sont lisses, souples, nullement chéloïdiennes [1].

Des travaux récents de Dreyer, Halberstaedter, Neisser, Tappeiner, etc... ont tenté de révolutionner la photothérapie. Ces auteurs ont montré qu'on peut au moyen de certaines substances colorantes dont la principale est l'érythrosine sensibiliser la peau humaine et la rendre par suite infiniment plus apte à ressentir les effets bienfaisants de la lumière. En faisant une injection hypodermique de solution stérile d'érythrosine à 1 pour 1 000 dans la solution salée physiologique (de 8, 5 p. 1 000) on sensibilise la peau, on obtient une action plus profonde et plus rapide des rayons lumineux que par la simple photothérapie, et on permet aux radiations lumineuses à grande longueur d'onde d'utiliser leur force de pénétration et tout leur pouvoir chimiotactique. On fait une séance de photothérapie quatre à huit heures après l'injection, et on n'a besoin de la faire que de quinze à vingt minutes s'il s'agit d'un tissu très vascularisé, plus courte encore s'il s'agit d'un tissu cicatriciel. Il suffit d'employer des solutions sensibilisatrices extrêmement faibles : les cellules vivantes ne prennent la substance colorante qu'avec la plus grande lenteur ; il semble d'ailleurs qu'une trop grande intensité de coloration affaiblit l'action lumineuse.

Tappeiner, Jénonek, Jodlbaüer, à la suite de longues recherches sur les substances colorantes sont arrivés à trouver que l'éosine a une action égale sur les cellules, les toxines, les ferments. Ils se servent donc de l'éosine comme sensibi-

[1] Signalons ici les curieuses expériences que Gastou et Nicolas ont faites avec la lampe photothérapique aux vapeurs de mercure dite lampe Hercœus. D'après les résultats qu'ils ont déjà obtenus (*Soc. de Dermat.*, 1905), il semble que l'on pourra avoir dans cet appareil un agent curatif facile à manier, peu coûteux, tenant à la fois de la photothérapie et de la radiothérapie.

lisateur ; ils badigeonnent la surface à traiter avec une solution d'éosine à 5 p. 100 et l'exposent à la lumière solaire ; quand la lumière solaire fait défaut, ils font des séances de lumière avec une lampe à arc de 25 ampères. Ils recouvrent la partie malade la nuit avec un pansement boriqué humide ou avec de la pâte de zinc. Ils ont employé avec succès cette méthode dans les épithéliomes et dans la tuberculose cutanée ; il est vrai qu'il semblent avoir dans quelques cas fait simultanément des injections hypodermiques d'éosine.

La méthode de sensibilisation ou méthode de Dreyer pourra peut être simplifier la méthode de Finsen puisqu'elle permet d'employer une source de lumière quelconque et de remplacer les appareils en quartz par les appareils en verre ordinaire. On peut avec elle réduire la durée des séances des deux tiers ou des trois quarts ; et il est possible que les résultats soient plus rapides puisque les rayons pénètrent avec beaucoup plus de facilité ; mais on n'est encore arrivé à aucun résultat pratique bien précis.

ANESTHÉSIE LOCALE[1]

Pour toutes les opérations précédentes, quelque douloureuses qu'elles soient, il est préférable de ne pas avoir recours à l'anesthésie locale, car toutes les méthodes d'anesthésie locale connues ont des inconvénients. Cependant quand les malades sont par trop pusillanimes, on peut supprimer ou tout au moins modérer la douleur par un des procédés suivants que l'on peut classifier en trois groupes principaux :

I. Anesthésie locale par congélation ;

II. Anesthésie locale par compression ;

III. Anesthésie par application à la surface de la peau ou des muqueuses ou par injection intra-dermique ou sous-dermique d'une substance ayant des propriétés analgésiantes.

I. Anesthésie locale par congélation. — La congélation de la peau produit une anesthésie de courte durée qui cesse au bout de quelques minutes, parfois même au bout de quelques secondes, dès que la teinte blanchâtre des téguments a disparu ; elle est toutefois suffisante pour certaines petites opérations de fort courte durée. On l'obtient par divers procédés qui peuvent être ramenés à deux types principaux :

a) *Les applications directes, sur les téguments, de glace ou de mélanges réfrigérants.*

b) *Les pulvérisations sur les téguments de liquides volatils.*

a) **Glace et sel marin.** — C'est le moyen le plus primitif et le plus pratique à l'heure actuelle où l'on trouve de la glace dans presque tous les cafés, les restaurants ou les pâtisseries, même à la campagne ; il consiste à appliquer sur la région que l'on veut anesthésier soit de la glace pure, ce qui n'est pas très efficace, soit surtout le mélange dit réfrigérant dont on se sert pour glacer les entremets et qui consiste en un mélange de deux parties de glace pilée pour une partie de sel marin. Il est connu en chirurgie sous le nom de mélange de James Arnott. On le met dans

[1] Cet article est extrait de notre article Anesthésie locale de la *Pratique Dermatologique*.

un sac de tarlatane que l'on laisse au contact de la peau pendant trois ou quatre minutes jusqu'au moment précis où elle devient blanche et dure.

On peut ainsi enlever un ongle incarné sans de trop vives souffrances, cautériser un tubercule de lupus (voir plus loin les restrictions que nous formulons), racler une verrue ou la détruire avec l'électrocautère, etc.

On peut obtenir une réfrigération beaucoup plus intense en se servant d'un mélange à parties égales de glace et de sel additionné d'un cinquième de chlorhydrate d'ammoniaque.

b) **Pulvérisations de liquides volatils.** — En pulvérisant sur les téguments des liquides très volatils, on arrive à congeler la peau avec plus ou moins de rapidité et d'intensité suivant la puissance d'évaporation du liquide que l'on emploie. Il y a là toute une méthode des plus fécondes.

Tous les liquides volatils tels que le chloroforme, l'éther, le sulfure de carbone, divers produits tirés des huiles de pétrole, le chlorure de méthyle, le chloréthyle, les mélanges de chloroforme et de camphre, de chloroforme et d'éther, de chloroforme et d'acide acétique, de chloréthyle et de cocaïne, etc., ont été employés dans ce but. Nous parlerons seulement des procédés les plus usités.

1° *Pulvérisations d'éther.* — Il est probable que c'est Giraldès qui le premier a eu l'idée d'obtenir l'anesthésie locale des téguments par l'éther pulvérisé, mais c'est à Richardson que l'on doit l'introduction définitive de cette méthode dans la pratique; il a imaginé dans ce but le pulvérisateur qui porte son nom. Comme liquide on utilise soit de l'éther pur à 66 degrés, soit un mélange d'éther et de chloroforme.

On a remarqué que l'anesthésie se produisait avec plus de rapidité par un même jet d'éther pulvérisé aux régions couvertes de poils, ou au voisinage des cheveux : ce fait s'explique par l'augmentation de la surface d'évaporation qui rend le gel plus prompt et plus intense. On peut obtenir le même effet sur les parties glabres, en parsemant la surface sur laquelle on veut agir de fines brindilles d'ouate qui remplissent l'office des poils et favorisent la réfrigération.

Ce procédé d'anesthésie, fort simple et en somme assez pratique, produit une insensibilisation assez marquée des couches superficielles de la peau. Il a par malheur de sérieux inconvénients.

a) On peut reprocher à l'éther son odeur pénétrante, très désagréable, et même insupportable pour certains sujets.

b) La congélation obtenue par l'éther s'accompagne d'une douleur qui peut être assez vive, et, au moment du dégel, il se produit des phénomènes réactionnels qui sont parfois très marqués, de la rougeur vive des téguments, de la congestion avec tendance aux hémorragies et des élancements pénibles.

c) L'éther est une substance des plus inflammables, et il ne faut jamais l'employer quand on doit se servir du thermocautère ou de l'électrocautère, surtout aux régions velues : les vapeurs d'éther qui se forment lors de son évaporation prendraient feu dans ce cas avec la plus grande facilité. Cependant, quand il s'agit de lésions siégeant en des régions absolument glabres, on peut à la rigueur employer les pulvérisations d'éther avec le fer rouge.

d) L'éther est enfin passible de l'objection qui s'adresse à toutes les méthodes d'anesthésie locale par congélation, et qui consiste en ce que les tissus anesthésiés sont transformés en un bloc d'un blanc mat (voir plus loin.)

2° *Chlorure de méthyle.* — En 1887, Bailly a fait connaître un nouveau procédé d'anesthésie locale. Il emploie pour cela le chlorure de méthyle soit en pulvérisa-

tion au moyen de siphons métalliques que tous les médecins connaissent, soit en applications directes au moyen d'un artifice auquel il a donné le nom de *stypage*.

Il vaut mieux l'employer sous cette dernière forme ; car on peut ainsi graduer beaucoup mieux l'effet que l'on veut obtenir. Il faut avoir pour cela à sa disposition un récipient spécial dans lequel on puisse conserver à l'état liquide le chlorure de méthyle qui, dès qu'il est exposé à l'air, passe d'ordinaire immédiatement à l'état gazeux. Ce récipient se compose d'un tube de verre ouvert par l'une de ses extrémités, et dont les parois et le fond sont isolés de l'air ambiant par un second tube concentrique plus large. Le chlorure de méthyle recueilli à la sortie du siphon dans le tube intérieur s'y maintient à l'état liquide, et il suffit d'en imbiber soit un tampon recouvert de peau et monté sur un manche en bois, soit simplement de l'ouate serrée sur une pince ou roulée autour d'une tige de bois. On applique le tampon imprégné de chlorure de méthyle sur la région que l'on veut rendre insensible, jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment congelée, ce qu'indiquent sa consistance dure, cartonnée, et sa couleur d'un blanc neigeux.

Si l'on n'a pas à sa disposition le double tube que nous venons de décrire, on peut cependant se servir du chlorure de méthyle en dirigeant le jet du siphon sur un gros tampon d'ouate roulé et serré autour d'un bâton. Quand le tampon est bien imprégné de chlorure de méthyle, on l'applique sur la région à congeler. Les inconvénients les plus sérieux de cette manière de procéder sont une perte assez considérable de chlorure, et une certaine difficulté dans la manœuvre.

Le chlorure de méthyle ne s'enflamme pas comme l'éther : on peut donc s'en servir quand on emploie le fer rouge. Mais par contre il est plus difficile à manier, car il peut produire de véritables brûlures suivies d'escarres plus ou moins profondes et surtout de pigmentations persistantes.

3° *Chlorure d'éthyle ou chloréthyle.* — Cet agent d'anesthésie locale est fort en honneur depuis quelques années pour combattre les douleurs névralgiques. On peut l'utiliser pour les opérations dermatologiques, en particulier pour l'électrolyse des poils. Bengué a construit dans ce but, d'après nos indications, un petit pulvérisateur qu'on peut tenir et manœuvrer de la main gauche, la main droite conservant toute la liberté de ses mouvements pour le maniement de l'aiguille. Il est ainsi facile, sans aide et sans perte de temps, d'anesthésier chaque follicule pileux avant d'y faire passer le courant. Toutefois il est difficile d'employer le chlorure d'éthyle à la face, son odeur est trop pénétrante pour être longtemps tolérée par le malade.

On peut à la rigueur l'utiliser pour pratiquer le raclage ou la scarification ; mais il est passible des mêmes objections que l'éther; comme lui, on ne doit guère s'en servir pour la cautérisation ignée, car il est très inflammable.

Dans ces derniers temps, on a combiné le chlorure d'éthyle et la cocaïne ou l'eucaïne; mais dans cette combinaison le chlorure d'éthyle ne sert que de véhicule spécial pour les substances anesthésiques : nous parlerons donc de cette méthode à propos de la cocaïne.

Inconvénients généraux de l'anesthésie locale par congélation. — Comme nous l'avons déjà dit, toutes ces méthodes offrent le très sérieux ennui de provoquer au moment du dégel une réaction congestive des plus vives, de la tendance aux hémorragies, souvent même des douleurs assez intenses. Mais leur défaut capital, c'est de ne produire l'anesthésie qu'en provoquant dans les téguments des changements de consistance et de coloration tels qu'il devient impossible de reconnaître les limites

du mal et de distinguer le tissu normal du tissu morbide. On s'expose dès lors à agir à l'aveugle, à détruire des parties saines ou à ménager des parties malades.

Quant il s'agit de cautérisation ignée on peut à la rigueur tourner cette difficulté et employer l'anesthésie locale par congélation, à la condition de marquer d'avance avec de l'encre sur les téguments les points exacts sur lesquels on doit faire porter l'action du fer rouge. Mais quand on doit pratiquer soit le raclage, soit la scarification, opérations pour lesquelles il faut pouvoir apprécier avec l'instrument les différences de consistance des tissus sains et des tissus morbides, l'anesthésie locale par congélation, qui transforme tissus sains et tissus morbides en un bloc uniforme, ne peut guère être utilisée.

II. Anesthésie locale par compression. — Tout le monde sait que lorsqu'on comprime fortement une région, ou qu'on serre avec assez de violence un pli de la peau entre le pouce et l'index, on en atténue la sensibilité. De toute antiquité les médecins ont employé ce procédé pour obtenir une légère anesthésie locale[1]. Les malades que l'on opère pour de l'hypertrichose par l'électrolyse réclament assez souvent de l'opérateur ou une pression forte avec le doigt ou un pincement assez énergique : ils trouvent que leurs douleurs s'atténuent ainsi d'une manière fort appréciable.

Certains auteurs ont voulu dans ces derniers temps faire de la compression une méthode pratique d'anesthésie locale.

Dans un article intitulé *l'anesthésie locale par ischémie*, M. H. Braun a étudié à fond cette question en 1898. Il pense que l'anesthésie que l'on obtient par une forte constriction, n'est pas le résultat de l'ischémie du membre, mais bien de la compression de ses nerfs. En effet, il est nécessaire pour arriver à insensibiliser le membre de serrer avec beaucoup plus de force que lorsqu'il s'agit d'arrêter simplement la circulation. Le degré d'anesthésie est directement proportionnel au degré de constriction ; il dépend aussi du mode employé pour l'obtenir : c'est ainsi qu'avec le tube de caoutchouc on a des effets beaucoup plus marqués qu'avec la large bande élastique.

En somme, ce procédé pour être efficace demande une constriction d'une telle violence qu'elle est vraiment douloureuse et pénible à supporter ; en outre il expose parfois le malade à des paralysies sensitives et motrices et à des gangrènes locales siégeant aux points sur lesquels porte le lien constricteur.

Aussi la tendance actuelle est-elle de ne pas employer l'anesthésie par compression pure et simple, mais de la combiner avec les injections cocaïniques, en n'exerçant dès lors qu'une constriction fort modérée.

III. Anesthésie locale par les substances analgésiantes. — Depuis plusieurs années, les médecins, les chirurgiens et les spécialistes se sont livrés à de fort nombreuses recherches pour arriver à trouver une substance qui, appliquée à la surface de la peau ou des muqueuses, ou tout au moins injectée dans l'épaisseur du derme, fût capable de donner une anesthésie des téguments assez accentuée et assez persistante pour permettre d'opérer.

On peut dire qu'à chaque instant on préconise un nouveau produit : nous ne pouvons les passer tous en revue. Nous dirons quelques mots des plus importants, d'abord et avant tout de la cocaïne, qui reste encore à l'heure actuelle l'anesthésique

[1] J. Reichborn-Kjemerud, article Narcose et anesthésie locale. *Bull. gén. de thérap.*, 15 janvier 1899, p. 33.

local par excellence, puis de ses principaux succédanés qui sont : l'eucaïne et la stovaïne; enfin nous signalerons le gaïacol, et l'orthoforme.

1° *Cocaïne.* — Tout le monde connaît la cocaïne : au point de vue chimique, c'est l'éther méthylique de la benzoylecgonine. Elle a été introduite en 1884 dans la pratique par Koller; Paul Reclus en France, Landerer en Allemagne en ont en 1885 vulgarisé l'emploi. On sait que l'on doit faire usage de préparations parfaitement pures, que pour réduire à leur minimum les accidents d'intoxication, toujours possibles et très variables d'ailleurs suivant les susceptibilités individuelles, on doit préparer la solution au moment même où l'on va s'en servir. On sait aussi que lorsqu'un malade emploie pour la première fois de la cocaïne on doit procéder avec la plus extrême prudence, car il faut étudier ses réactions et la façon dont il se comporte à l'égard de ce médicament. Il y a des personnes tout à fait réfractaires à la cocaïne, qui ne sont nullement insensibilisées; il y en a qui n'en éprouvent que les phénomènes d'intoxication. Elle nous semble contre-indiquée chez les cardiaques en asystolie, chez les albuminuriques, chez les tuberculeux avancés et chez les enfants en bas âge.

La cocaïne peut s'employer en instillations (conjonctives, oreilles), en badigeonnages (muqueuses), en injections sous-cutanées[1].

Sur les muqueuses, la cocaïne agit d'une manière absolument remarquable. Il suffit de les badigonner avec une solution fraîche de cette substance dans de l'eau bouillie, solution variant comme force de 1/50 au 1/20 pour obtenir au bout de quelques instants une insensibilité des muqueuses nasale, buccale, pharyngée, laryngée, oculaire, vaginale, utérine, suffisante pour pratiquer sans grande douleur la plupart des petites opérations, scarification, excision, écrasement, cautérisation ignée, etc., si usuelles à l'époque actuelle en ces régions. E. Schiffers a démontré qu'il fallait, pour obtenir le maximum d'effet anesthésique local, employer des solutions parfaitement neutres de chlorhydrate de cocaïne : si elles ne le sont pas, on doit y ajouter quelques gouttes d'une solution de bicarbonate ou de carbonate de soude, ce qui les rend un peu troubles, mais cela n'a pas la moindre importance. Beaucoup de praticiens emploient la formule suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	2 grammes.
Phénol neigeux	0gr,50 à 1 gramme.
Eau distillée.	100 grammes.

elle aurait l'avantage de mieux localiser l'action du médicament.

Appliquée sur des plaies à vif, la solution de cocaïne au 1/20 les insensibilise admirablement en quelques minutes. Nous utilisons fort souvent cette propriété pour cautériser les ulcérations tuberculeuses avec de l'acide lactique, ou pour traiter l'épithéliome superficiel par le chlorate de potasse : on sait en effet qu'après avoir raclé l'épithéliome avec la curette tranchante, on cautérise la plaie en la recouvrant d'une épaisse couche de chlorate de potasse pulvérisé; la douleur provoquée par cette application est presque toujours atroce : elle est ponr ainsi dire nulle quand on a pris soin de mettre au préalable sur les surfaces à vif un tampon d'ouate hydrophile aseptique imbibé d'une solution cocaïnée au 1/20.

Les téguments intacts ne sont d'ordinaire nullement influencés par la cocaïne appliquée au moyen de tampons d'ouate hydrophile imbibés de solutions concen-

[1] Voir pour plus de détails l'article de Pouchet, *l'analgésie localisée. Technique des procédés utilisant la cocaïne. Bulletin médical*, 1899, nos 18, 19, 23 et 25, p. 201, 213, 263 et 287.

trées ,ou même par la cocaïne employée en onctions ou en frictions exécutées avec des pommades au 1/20 ou au 1/10.

Ed. Jackson a cependant prétendu que si l'on prend des solutions aqueuses concentrées, et si l'on a soin de dégraisser préalablement la peau par un savonnage soigneux, suivi d'un lavage à l'eau, puis à l'éther, on obtient un certain degré d'anesthésie.

C'est un peu de la même manière qu'agit Bardet[1] en pulvérisant, sur les téguments, du chlorure d'éthyle renfermant en dissolution de la cocaïne ou de l'eucaïne B, dans la proportion de 1 à 5 p. 100 : les doses habituelles sont de 2 à 4 p. 100. On peut aussi, au lieu de pulvériser le mélange sur la partie à anesthésier, y appliquer un tampon d'ouate hydrophile imbibée du mélange : au bout de cinq à six minutes l'anesthésie est obtenue. On n'agit donc pas par ce procédé en utilisant les propriétés réfrigérantes du chlorure d'éthyle, mais en employant ce corps comme un véhicule pour la cocaïne : en s'évaporant avec rapidité à la surface des tissus, il les déshydrate, les dégraisse, et facilite ainsi la pénétration de la substance anesthésique.

On a aussi proposé de faire pénétrer le médicament dans la peau au moyen de l'électricité. Wagner a trouvé qu'en saturant avec une solution de cocaïne l'électrode positive d'une pile à courants continus, en l'appliquant sur les téguments, et en plaçant l'électrode négative à une courte distance, on peut avec un courant modéré produire une anesthésie réelle. Reynolds[2] donne à ce sujet les détails suivants : il faut employer le courant le plus énergique possible : il sera d'autant plus fort que l'électrode sera plus large, et couvrira une surface plus considérable. L'électrode positive sera formée d'une éponge aussi fine et aussi belle que possible. La solution de cocaïne sera en moyenne de 5 p. 100 : elle pourra varier, selon les circonstances, de 2 à 20 p. 100. Si la peau est fine ou si le sujet peut supporter des courants très intenses, on se servira de solutions relativement faibles : dans le cas contraire, on prendra des solutions fortes. L'électrode positive est saturée de la solution de cocaïne, puis placée sur la partie à anesthésier ; l'électrode négative saturée d'eau est placée tout auprès ; si elle irrite les téguments on la change de place au bout de quelques instants. Lenglet et Mézerette ont récemment repris avec succès ces expériences dans notre service.

Le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie par ce procédé varie suivant les qualités de la peau, suivant la force du courant et celle de la solution : on peut dire qu'il faut en moyenne de cinq à dix minutes pour la produire, et qu'une fois obtenue elle peut persister pendant cinq à quinze minutes.

Mais il y a des malades qui ne peuvent supporter ces applications électriques, surtout à la figure, et d'autre part l'anesthésie obtenue est fort souvent incomplète.

Malgré tous les artifices que nous venons d'énumérer, il n'en est pas moins vrai que le moyen réellement pratique connu jusqu'ici pour obtenir une anesthésie complète et relativement assez durable des téguments est d'injecter une solution plus ou moins forte de cocaïne dans le derme ou dans l'hypoderme.

La technique de ces injections a été minutieusement réglée en France d'abord

[1] Bardet. *Soc. de thérap.*, 13 janvier 1899. — Bolognesi et Touchard. Un nouvel anesthésique local : le chlorure d'éthyle à la cocaïne ou à l'eucaïne. *Ibid.* — Legrand. De l'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle à la cocaïne. *Bull. gén. de thérap.*, 28 janvier 1899, p. 301.

[2] Communication faite au 38e meeting annuel de l'*Association dermatologique américaine*, 7 juin 1887.

par Reclus, puis par Dubreuilh[1]; nous ne pouvons mieux faire que de résumer ici les préceptes qu'ils ont formulés.

Il est prudent de n'opérer, comme Reclus, les malades que couchés dans le décubitus dorsal pour éviter des syncopes, et il faut exiger du sujet qu'il garde cette position pendant deux ou trois heures après l'opération. Il ne faut pas employer les injections de cocaïne chez les enfants âgés de moins de dix ans.

Voici comment Dubreuilh recommande de procéder:

On doit se servir de solutions faibles et fraîchement préparées : celle à 1. p. 100 suffit dans presque tous les cas; on ne dépasse jamais le titre de 2 p. 100. Reclus a démontré qu'en se servant de solutions faibles on peut arriver à injecter sans danger une dose de cocaïne beaucoup plus considérable que lorsqu'on se sert de solutions concentrées. Il conseille de ne jamais injecter plus de 17 à 18 centigrammes de sel. Le véhicule se compose de parties égales d'eau distillée et d'eau de laurier-cerise. L'injection est poussée non dans l'hypoderme, mais dans le derme, et même dans la partie supérieure du derme, là où le tissu est le plus dense. On prend pour cela une aiguille coudée à 45 degrés, en acier, car les aiguilles en platine irridié ne piquent pas suffisamment. On en introduit obliquement la pointe dans le derme et on injecte quelques gouttes de la solution. Il se forme autour de la piqûre un œdème blanc qui indique si l'injection est bien faite. On attend quelques instants, de façon à laisser au liquide le temps de se diffuser dans les régions voisines; puis on pousse l'aiguille en avant, de quelques millimètres, parallèlement à la surface ; on injecte encore quelques gouttes, on attend de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à ce que toute l'aiguille ait pénétré. On a, en ce moment, créé une zone d'anesthésie de 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre à 1 centimètre et demi de largeur. Dans les régions où la peau est très fine ou trop sensible, on ne peut pas ainsi faire pénétrer l'aiguille parallèlement à la surface ; il faut alors faire des piqûres multiples, espacées de 7 à 8 millimètres. Autant que possible, il ne faut pas injecter en une seule fois plus de 1 centigramme et demi à 2 centigrammes de cocaïne.

En observant les règles que nous venons d'énoncer, on obtient une anesthésie à peu près complète, qui dure de dix à quinze minutes, sans altération notable ni de la couleur ni de la consistance des tissus, et sans réaction consécutive.

Cette méthode n'est en somme qu'une modification du procédé préconisé par Schleich, sous le nom d'*anesthésie par infiltration*. Cet auteur a montré que des doses infinitésimales de cocaïne, un dix-millième par exemple, dissoutes dans une solution à 0,2 p. 100 de chlorure de sodium, peuvent produire de l'anesthésie locale : or des préparations aussi faibles, même injectées en quantités assez considérables, sont absolument sans danger. Il anesthésie d'abord la peau avant de procéder à l'anesthésie des régions profondes, et pour cette première phase de l'opération, voici comment il procède. Il fait d'abord une pulvérisation de chlorure d'éthyle pour commencer à enfoncer l'aiguille. La piqûre doit être parallèle à la peau ; l'aiguille est introduite jusqu'à ce que l'ouverture de la canule soit recouverte par l'épiderme ; puis on pousse doucement l'injection qui se fait dans la couche papillaire, il se forme une sorte d'élevure blanche analogue à une piqûre de cousin et où l'anesthésie est complète. La piqûre suivante se fait sans pulvérisation de chloréthyle en enfonçant l'aiguille à la périphérie de la première élevure en dedans de

[1] W. Dubreuilh. De l'anesthésie locale en dermatologie. *Ann. de dermat. et de syph.*, avril 1895, p. 318.

la zone œdématiée et anesthésiée ; on ajoute ainsi une nouvelle élevure à la première et on continue en procédant de la même manière dans toute l'étendue de l'incision cutanée à faire. Puis, si c'est utile, on insensibilise le tissu cellulaire sous-cutané et les tissus profonds. On se sert pour cela de solutions de cocaïne à 0,10 ou 0,20 p. 100 ; on a pu produire l'anesthésie avec des solutions à 0,1 p. 100. L'anesthésie obtenue parce procédé dure environ vingt-cinq minutes.

On a encore proposé d'agir vers les troncs nerveux avec la cocaïne et d'anesthésier ainsi tout leur territoire de distribution. Feinberg en 1886 et Corning en 1887 sont les premiers qui aient observé ces curieux effets ; mais c'est Oberst et Krogius qui les ont utilisés sous le nom d'*anesthésie régionale*. L'avantage de cette méthode est de pouvoir obtenir l'insensibilité d'un membre, d'un doigt ou d'un orteil par exemple, par deux ou trois injections faites à leur racine vers le trajet des nerfs, et de n'avoir pas besoin de couvrir d'injections tout le champ opératoire. La période utilisable de l'anesthésie créée par ce procédé est d'environ vingt minutes.

On peut ainsi n'employer que de minimes quantités de cocaïne.

Hackenbruch, Braun ont prouvé que, lorsqu'on applique une ligature à la base d'un membre, d'un doigt ou d'un orteil par exemple (méthode d'Oberst), et que l'on injecte ensuite une solution au 1/100 de cocaïne ou d'eucaïne, on obtient d'excellents résultats anesthésiques avec une dose de ces substances moindre que si l'on n'avait pas fait de ligature. Hackenbruch emploie une solution à parties égales d'eucaïne B et de cocaïne : il croit qu'elle est moins douloureuse qu'une solution pure d'eucaïne et moins toxique qu'une solution de cocaïne ayant la même puissance analgésique.

On voit donc que la cocaïne employée d'après un des nombreux procédés que nous venons d'exposer permet d'obtenir une anesthésie locale complète, sans grandes modifications (sauf par la méthode de Schleich) de la consistance et de la coloration des tissus, et persistant pendant un laps de temps bien suffisant pour intervenir. Malheureusement la cocaïne a un pouvoir toxique assez grand pour qu'on ne doive l'employer qu'avec une certaine réserve et en prenant les précautions que nous avons indiquées.

Le médecin agira sagement en l'utilisant exclusivement sur des malades soignés chez eux et en y renonçant absolument pour les sujets qui viennent à son cabinet de consultation. Il ne faut par perdre de vue que toute injection de plus de 2 centigrammes de cocaïne peut exposer, sinon à des accidents graves, du moins à des accidents fâcheux, en particulier à des syncopes qui peuvent se prolonger assez longtemps.

C'est donc, quoi qu'on en ait dit, une méthode à laquelle il ne faut recourir que lorsqu'elle est absolument nécessaire.

2° *Eucaïne*. — On a proposé en 1896 de substituer à la cocaïne, une substance assez analogue comme composition chimique, l'eucaïne, qui aurait sur elle l'avantage de posséder une efficacité à peu près égale, et une toxicité moindre.

L'eucaïne a été découverte par Merling, puis étudiée par Gaëtano Vinci dans le laboratoire de Liebreich [1].

On connaît à l'heure actuelle deux eucaïnes : l'eucaïne A qui est chimiquement un éther méthylique de l'acide benzoyl-tétraméthyl-oxypipéridine carbonique et dont le chlorhydrate est soluble dans l'eau et ne s'altère pas à l'ébullition comme le chlorhydrate de cocaïne, ce qui permet de stériliser les solutions ; — et l'eucaïne

[1] Liebreich. Ueber Eucain, eines neues locales anæsthelicum. *Deutsche med. Zeit.*, 1896, n° 34.

B qui est un chlorhydrate de benzoyl-vinyl-acétone-alkamine ; elle se rapproche donc par sa composition chimique à la fois de la cocaïne et de l'eucaïne A ; elle est soluble dans l'eau, et ne se décompose pas à la chaleur ; c'est elle que l'on emploie pour l'anesthésie locale.

On l'a beaucoup vantée en oculistique en solution à 2 p. 100 ; elle donne par simple instillation l'anesthésie conjonctivale au bout de deux à cinq minutes, sans mydriase ni paralysie de l'accommodation, ni troubles de la réaction pupillaire, mais avec un peu d'hyperémie et d'irritation de la conjonctive palpébrale.

Quelques auteurs l'ont également employée en odontologie et en dermatologie en injections sous-cutanées avec un certain succès. Les expériences de contrôle qui ont été publiées en 1897 par Pouchet et Reclus ne paraissaient pas justifier tout l'espoir qu'avaient fait concevoir les premières recherches. Ces savants ont trouvé que l'eucaïne était au moins aussi dangereuse que la cocaïne, et qu'à doses égales elle avait un pouvoir anesthésiant moins considérable.

Vogt a protesté contre les conclusions un peu trop absolues de Pouchet : pour lui, l'eucaïne est certainement moins toxique que la cocaïne : elle dilate les petits vaisseaux, tandis que la cocaïne les resserre ; elle est donc préférable quand il s'agit d'opérer des muqueuses rétractiles ou mal irriguées.

3° *Stovaïne.* — Dans ces derniers temps, Reclus, de Lapersonne, Sauvez, Billon, Chaput, etc..., ont préconisé comme anesthésique local une nouvelle substance, la stovaïne qui a été découverte par Fourneau, et étudiée au point de vue physiologique par Billon, Pouchet et Chevalier, etc.. C'est, au point de vue chimique, le chlorhydrate de α diméthylamino -β benzoylpentanol.

La toxicité de cette substance semble être plus faible que celle de la cocaïne. Le maximum d'accidents que l'on puisse obtenir avec des injections de 14 à 20 centigrammes est un peu de pâleur de la face et d'anxiété précordiale.

Elle est vaso-dilatatrice au lieu d'être vaso-constrictive comme la cocaïne. Il en résulte qu'elle a les inconvénients de donner lieu lors de l'opération à l'apparition d'une nappe sanguine, et de produire un bourrelet moins visible que celui de la cocaïne. Il est vrai que ce bourrelet d'injection devient rapidement rouge et perceptible.

D'autre part, il semble qu'elle ait un pouvoir analgésique presque égal, sinon identique à celui de la cocaïne, et comme elle est vaso-dilatatrice, elle a sur cette substance la grande supériorité de permettre d'opérer les malades assis, ce qui, pour les petites opérations dermatologiques, est souvent beaucoup plus commode. Chaput l'emploie en solution au 1/200.

Elle a la vogue à l'heure actuelle.

4° Impens a découvert en juillet 1905 une nouvelle substance l'*alypine*, (chlorhydrate de benzoïl-tétraméthyle-diamine-éthyle-diéthyle-carbinol), qui est facilement soluble dans l'eau, et qui, tout en ayant un pouvoir analgésiant au moins aussi considérable que la cocaïne, serait beaucoup moins toxique que cette dernière. Ces résultats ont été confirmés par Leifert et Seeligsohn.

5° *Gaïacol.* — Le gaïacol employé en badigeons sous forme de pommades variant comme force de 1/30 à 1/10 nous a rendu parfois de réels services dans les dermatoses prurigineuses ; aussi, dès que nous avons connu les recherches de Just Lucas-Championnière[1] sur ses propriétés anesthésiantes, l'avons-nous immédiatement

[1] J. Lucas-Championnière. Anesthésie locale par le gaïacol en injections sous-cutanées. *Académie de médecine*, 30 juillet 1895.

essayé. Malgré les frictions répétées pratiquées avec des pommades fortes chez les personnes que nous opérions par l'électrolyse, nous n'avons jamais obtenu qu'une anesthésie fort incomplète, et l'odeur de cette substance est tellement désagréable que nombre de personnes ne peuvent la supporter.

6° *Orthoforme.* — L'orthoforme[1] est une poudre cristalline blanche, légère, sans odeur ni saveur, peu soluble dans l'eau, ce qui fait que son action anesthésique ne se produit que lentement et progressivement quand on la dépose sur les muqueuses.

Il n'agit pas quand on le met en contact avec les téguments intacts : il serait au contraire doué de propriétés analgésiantes et anesthésiques des plus remarquables quand on le met en contact avec une plaie à vif. On le croyait dépourvu de toute toxicité, mais des recherches récentes et notre expérience personnelle nous ont malheureusement démontré le contraire[2].

On l'a employé jusqu'ici sous forme de poudre pure ou de pommade à 10 p. 100 pour insensibiliser les crevasses du sein et des mains, les fissures de l'anus, les douleurs stomacales, les plaies et les ulcères les plus divers, dans les affections buccales, gutturales, pharyngées et nasales.

Le chlorhydrate d'orthoforme est plus soluble dans l'eau que l'orthoforme, mais on ne peut s'en servir pour faire des injections intra-cutanées, car à l'inverse de l'orthoforme, il provoque une assez vive sensation de douleur.

Sous le nom de *nirvanine* ou de *nouvel orthoforme*, on a introduit dans la thérapeutique une substance soluble dans l'eau et douée de propriétés analgésiantes : au point de vue chimique, c'est l'éther méthylique de l'acide diéthyl- glycocol-paramido-oxybenzoïque.

Nous avons fait quelques expériences avec l'orthoforme sur les eczémas prurigineux et sur d'autres affections cutanées à vives démangeaisons : nous l'avons employé en pommades au 1/20 ou en solution saturée sous forme d'enveloppements. Il nous a semblé qu'il calme le prurit dans la majorité des cas, mais, quand il s'agit de dermatoses irritables, il détermine fort souvent et assez vite des poussées nouvelles et des inflammations cutanées qui ne permettent point d'en continuer l'emploi. Nous l'avons vu en outre provoquer des éruptions considérables par action irritante directe et par intoxication générale de l'organisme[1].

Dès la découverte de l'orthoforme, on a eu l'idée de l'employer pour rendre indolentes les injections intra-musculaires de composés mercuriels insolubles. Nous ne pouvons plus conseiller de pratiquer ces injections de calomel orthoformé en présence des accidents que nous avons signalés plus haut.

Indications des divers procédés d'anesthésie locale. — Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les divers procédés d'anesthésie locale que nous venons d'étudier, nous voyons que certains sont un peu dangereux, que certains sont peu efficaces, que d'autres enfin sont contre-indiqués dans la plupart des dermatoses.

On s'explique donc tout naturellement que leurs applications soient assez restreintes en dermatologie. On ne doit pas cependant les proscrire systématiquement ; il est des circonstances où leur emploi judicieux rendra de grands services, et, comme conclusion pratique, nous résumerons ainsi qu'il suit leurs principales indications :

1° Pour la destruction par l'électrolyse des poils des membres et du tronc,

[1] Nous renvoyons les personnes désireuses de connaître la bibliographie des premiers travaux parus sur l'orthoforme, à la *thèse de Ducray*. Maloine, éditeur, 1899.

[2] L. Brocq. Éruptions causées par l'orthoforme. *Soc de dermat. et de syphil.*, avril 1899.

employer le chloréthyle avec le pulvérisateur automatique, ou le mélange de chloréthyle et de cocaïne ou d'eucaïne.

2° Pour la destruction ou l'ablation des petites lésions de la peau telles que les papillomes, les verrues, et dans tous les cas où le tissu morbide est facile à distinguer des tissus sains, comme les nævi verruqueux, le lupus scléreux, etc., se servir du stypage au chlorure de méthyle, si l'on doit agir avec le fer rouge; du chloréthyle ou de l'éther si l'on doit agir avec les méthodes sanglantes.

3° Employer la cocaïne ou la stovaïne en applications externes sur les muqueuses, et sur les surfaces avivées, ne recourir aux injections sous-cutanées de cocaïne ou de stovaïne qu'avec une certaine circonspection et en se servant des méthodes de Schleich ou de Dubreuilh. (L. Brocq; art. anesthésie locale, *Pratique Dermat.*, t. I, p. 408, 423).

MASSAGE

Le massage semble devoir prendre une importance considérable dans la pratique dermatologique, et cependant c'est à peine s'il est mentionné dans les ouvrages classiques. Il y a là une lacune des plus regrettables et qu'il est nécessaire de combler (voir P. Beauchef : Le massage en thérapeutique cutanée; son action physiologique; ses indications; son emploi : thèse de Paris, 1902).

Sur la peau normale, le massage exerce l'action la plus bienfaisante en la débarrassant des débris épidermiques et des souillures qui l'encombrent, en l'assouplissant et en facilitant la respiration et la circulation cutanées.

L'action du massage sur la peau a été étudiée scientifiquement par quelques auteurs, et parmi eux, il convient de citer G.-B. Fiocco et G.-B. Locatelli (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1902, fasc. II, p. 218). Ces expérimentateurs ont trouvé que le massage a la propriété d'activer les échanges organiques en augmentant la circulation cutanée; il a une action probablement kératoplastique et une influence spéciale sur le système nerveux; ce qui en fait un excellent agent antiprurigineux (voir ce travail pour de plus amples détails).

Il y a des massages cutanés que le malade peut à la rigueur exécuter lui-même, mais on doit poser en principe que tout massage, quelque simple et facile à faire qu'il paraisse, est en réalité une manœuvre délicate qui peut nuire quand elle est mal exécutée, et qui vaut d'autant plus que la personne qui masse est plus exercée, qu'elle a les doigts plus souples, plus déliés, qu'elle y met en l'exécutant plus d'attention, *plus de fluide*, s'il nous est permis de parler ainsi : mais tous ceux qui ont fait du massage délicat nous comprendront.

Nous n'avons d'ailleurs l'intention dans ce chapitre que de parler de notre propre pratique et nous laisserons systématiquement de côté tout ce que nos lecteurs trouveront dans les ouvrages spéciaux.

Nous ramenons à sept pratiques principales les massages que nous employons pour les diverses affections de la peau : nous allons les décrire très brièvement :

1° *Le massage pétrissage* peut s'exécuter de deux manières : *a*) il consiste à prendre entre les doigts, et surtout entre le pouce d'une part, l'index et le médius d'autre part, les tissus cutanés et sous-cutanés et à les serrer ainsi à diverses reprises comme si on voulait les ramollir : c'est le vrai pétrissage, qui a de très étroits rapports avec le massage expression : on s'en sert pour amincir les tégu-

ments hypertrophiés comme dans les éléphantiasis au début alors que la peau est encore mobilisable, pour dégorger les téguments œdématiés comme dans les œdèmes chroniques, les acroasphyxies, pour amincir les téguments adipeux comme chez certaines personnes dont le bas de la figure, le cou, les poignets et les chevilles s'empâtent : *b*) on peut aussi l'exécuter avec le pouce seul, en l'appuyant fortement par la face palmaire de la dernière phalange sur les tissus, en lui imprimant en même temps des mouvements d'arrière en avant et de latéralité comme si on voulait marquer fortement l'empreinte du pouce sur de la cire assez dure et étendre en avant et latéralement la cupule ainsi produite : ce procédé s'emploie dans les éléphantiasis très accentués, lorsque les téguments ne sont plus mobilisables, dans les sclérodermies, dans les œdèmes durs.

2° *Le massage mobilisation* consiste à poser à plat les doigts d'une main ou mieux des deux mains sur une région, et, sans quitter l'endroit où ils sont placés, à exécuter des mouvements d'avant en arrière, d'arrière en avant, et de latéralité, de manière à mobiliser les téguments sur le plan profond et à leur rendre ainsi toute leur souplesse. Cette manœuvre, très simple et que les malades peuvent apprendre rapidement à exécuter, est excellente dans les cas d'éléphantiasis et de sclérodermie au début, dans les cas de calvitie commençante pour combattre la tendance à l'atrophie du cuir chevelu : on la combine souvent dans ce dernier cas avec le massage expression.

3° *Le massage expression* consiste à exprimer les téguments entre le pouce et l'index d'une main, ou entre les deux pouces, de manière à faire sortir des conduits des glandes sébacéo-pilaires et des glandes sudoripares tout ce qu'ils peuvent contenir. Cette manœuvre est journellement employée par les malades eux-mêmes, mais souvent avec assez peu de succès ou avec quelques accidents d'infection, parce qu'ils la pratiquent sans aucun soin. On l'utilise surtout dans la séborrhée huileuse, dans l'acné de la face qui est compliquée de séborrhée et de comédons, dans la séborrhée du cuir chevelu.

A la face on doit le pratiquer une ou deux fois par semaine et de la manière suivante. On se savonne soigneusement les mains et surtout les doigts et les ongles; on les passe à l'éther et à l'alcool camphré; on savonne également les régions de la face sur lesquelles on doit agir, et principalement le nez, les parties voisines des joues, le front, les tempes et le menton. Puis, on exprime soigneusement toutes les parties malades fragment par fragment entre les deux pouces de manière à faire sortir tous les filaments séborrhéiques : on les enlève au fur et à mesure avec des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'éther ou de liqueur d'Hoffmann, et on termine par un savonnage soigneux de toutes ces régions, savonnage que l'on fait suivre d'une lotion avec de l'eau-de-vie camphrée ou, si la peau le tolère, de l'alcool camphré.

Au cuir chevelu, on exprime les téguments entre les deux pouces en ayant soin de ne pas trop tirer sur les racines des cheveux, puis on fait un massage friction avec une pommade quelconque, ou bien on passe de la liqueur d'Hoffmann ou de l'acétone, ou bien on fait un grand savonnage de tout le cuir chevelu.

4° *Le massage friction* peut être fort ou faible, il peut se faire en un seul sens ou consister en mouvements de va-et-vient.

Il est essentiellement constitué par des frottements exercés à la surface des téguments par la pulpe des doigts à nu, ou imprégnés d'une poudre sèche, ou enduits d'un corps gras quelconque.

Ces frottements peuvent être, comme nous venons de le dire, exercés en tous

sens, consister en un mouvement de va-et-vient plus ou moins rapide : c'est la véritable friction, ce n'est déjà plus du vrai massage. On utilise cette manœuvre dans certaines affections cutanées comme la pelade pour réveiller la sensibilité des téguments.

Ils peuvent au contraire être dirigés dans un sens toujours le même, de manière à suivre des lignes parallèles ou encore un peu convergentes : c'est cette variété de frictions que nous utilisons au cuir chevelu dans la séborrhée pure ou dans la séborrhée compliquée de séborrhéides (pityriasis simplex ou stéatoïde de Sabouraud), que nous utilisons aussi à la face dans les cas de couperose, de télangiectasies, de poussées congestives avec tuméfaction des joues pour décongestionner les téguments.

On peut les exécuter très forts en pressant fortement sur les téguments, soit qu'on veuille agir sur les réseaux vasculaires superficiels ou profonds, sur les tissus dermiques et sous-dermiques, soit qu'on veuille essayer de mieux décaper une plaque malade comme dans le psoriasis ou les kératodermies, et faire agir avec plus d'intensité une pommade dont on enduit l'extrémité des doigts.

On peut au contraire les faire légers ou superficiels, en exerçant une pression très modérée sur les téguments de manière à n'agir que sur les réseaux vasculaires superficiels. Ce dernier mode opératoire se confond presque avec l'effleurage.

Nous avons dit que le massage-friction pouvait être fait avec des poudres sèches : on peut utiliser ce procédé dans certains cas de séborrhée huileuse ou d'hyperidrose, mais presque toujours on le pratique avec la pulpe des doigts imprégnée d'un corps gras.

Quand on veut le faire extrêmement violent, on emploie la pulpe des pouces comme dans certaines affections du cuir chevelu, ou dans certaines dermatoses rebelles kératodermiques, d'ordinaire, on se sert de la pulpe de l'index et du médius, parfois de celles de l'index, du médius et de l'annulaire, que l'on accole ensemble de manière à avoir une surface souple, douce, résistante, intelligente.

Certains professionnels utilisent pour cela des sortes de tampons en peau de chamois ou en autre peau souple qu'ils imprègnent d'un corps gras.

Quant à nous, nous employons toujours la pulpe des doigts. Nous l'imprégnons d'ordinaire de cérat sans eau frais, ou de cold-cream frais sans odeur, ou d'une pommade quelconque à l'hamamélis ou à l'ergotine, ou à la résorcine, ou au calomel, etc..., faite avec un des excipients précédents, que nous trouvons bien supérieurs pour le massage à la vaseline, laquelle colle au doigt et ne lui permet pas de glisser sur les téguments avec la même facilité, la même légèreté.

5° C'est aussi avec eux que nous exécutons le *massage-effleurage*. Celui-ci consiste essentiellement, comme son nom l'indique, à effleurer les téguments avec la pulpe des doigts : on ne doit pas, à proprement parler, exercer de friction. Il faut que la main et les doigts conservent une extrême souplesse et glissent sur la peau en n'appuyant qu'avec beaucoup de légèreté, du moins au début. C'est ici surtout, comme dans les deux variétés suivantes de massage, qu'interviennent l'habileté manuelle, la finesse du doigté, et le « fluide » de l'opérateur.

Ces massages-effleurages s'exécutent d'ordinaire dans le sens de la circulation veineuse. On peut y rattacher le massage des doigts dits en *pose de gants*, que l'on exécute chez les acro-asphyxiques à circulation ralentie en exécutant à chaque doigt des mouvements analogues à ceux d'une personne qui met des gants trop étroits : c'est l'*effleurage-gantage*.

On exécute ce massage-effleurage chez les sujets qui ont une circulation imparfaite, chez les acro-asphyxiques, les variqueux, les télangiectasiques ; on le pratique donc aux membres inférieurs surtout, mais aussi aux membres supérieurs et à la face.

6° Le *massage-tapotage* consiste à taper les tissus cutanés avec la pulpe de l'index et du médius réunis : il faut le faire avec souplesse et élasticité en agissant surtout avec le poignet et en imprimant à la main une série de mouvements rapides et rythmés. On peut agir à sec ou après avoir enduit les doigts d'un corps gras quelconque. Ce massage est excellent pour réveiller la vitalité des tissus, activer la circulation. On l'utilise beaucoup chez les personnes qui ont la peau flasque, et chez celles qui ont des rides.

7° Le *massage superficiel en tourbillon* consiste à effleurer les téguments avec la pulpe de l'index ou du médius, en imprimant au doigt qui agit un mouvement de rotation ou mieux de spire. On l'exécute toujours avec un corps gras qui facilite le glissement à la surface de la peau et le rend infiniment plus doux. On s'en sert surtout chez les personnes qui ont la peau rugueuse, inégale, sèche, ou qui ont des rides.

Combinaisons de ces diverses variétés de massages. — Traitement par le massage de certaines dermatoses. — Il est de toute évidence que l'on doit le plus souvent combiner entre elles les diverses pratiques que nous venons de schématiser. Nous allons le démontrer en indiquant très brièvement comment on peut, par le massage, soigner certaines dermatoses.

Dans les *pachydermies diverses* et les *états éléphantiasiques*, le massage est formellement indiqué. Dès le début, on pratiquera le pétrissage, la mobilisation des téguments, les frictions et l'effleurage. Plus tard, on pratiquera le pétrissage au pouce, les frictions profondes.

Il est certain que les *ulcères variqueux* avec engorgement des tissus périphériques, s'améliorent avec une rapidité toute particulière, quand on emploie ces mêmes manœuvres sur le pied et la jambe malades.

L'*adiposité des téguments* sera traitée par les mêmes procédés, mais surtout par le pétrissage.

Les *sclérodermies* seront traitées par le pétrissage au pouce, par la mobilisation, par l'effleurage et le tapotage (nous renvoyons pour de plus amples détails au chapitre *Sclérodermie*.)

L'*acro-asphyxie* sera traitée par les frictions, par l'effleurage, en particulier par l'effleurage-gantage.

Les *télangiectasies* sont justiciables des mêmes procédés : on doit toujours s'attacher à diriger l'effleurage dans le sens de la circulation veineuse. C'est ainsi que pour les télangiectasies faciales, les mouvements doivent être exécutés de haut en bas, de dedans en dehors, d'avant en arrière, c'est-à-dire suivant des lignes qui, partant de la tempe, de la paupière inférieure, de l'angle interne de l'œil, du sillon naso-génien, convergent en éventail vers l'angle de la mâchoire inférieure, c'est-à-dire vers les gros troncs veineux du cou.

Certaines variétés de *prurits rebelles*, prurit sénile, prurits avec ou sans lichénifications, sont fréquemment améliorés par des massages-frictions et des massages-effleurages : on les exécute d'ordinaire avec des cérats renfermant soit du sapolan, soit de l'ichthyol, soit du camphre, soit de l'acide phénique, etc..., en un mot, avec une substance antiprurigineuse.

Les *séborrhées huileuses* sont justiciables du massage-expression fait avec beaucoup de soin, de patience et de propreté.

La *calvitie séborrhéique* doit être traitée par le massage-mobilisation, et le massage-expression, suivis d'un massage-friction pratiqué avec une préparation antiséborrhéique quelconque.

L'*acné polymorphe* ou *comédonienne*, est justiciable des mêmes pratiques; mais il faut se conformer dans ce cas aux préceptes que nous avons indiqués plus haut en parlant de la technique du massage-expression.

Le *psoriasis et les parakératoses psoriasiformes* sont certainement améliorés avec plus de rapidité quand on les soumet aux massages-frictions faits avec des pommades même modérément actives, mais il faut que les téguments les supportent.

Les *rides* peuvent être améliorées par le massage : mais ces améliorations ne sont que passagères, et, pour les maintenir, il faut continuer indéfiniment ces manœuvres. On arrive à un résultat en combinant surtout le massage-effleurage, le massage-tapotage et le massage en tourbillon. Ce dernier doit être exécuté en tendant les téguments avec les doigts de la main gauche et en exécutant sur la ride ainsi transversalement étalée, les mouvements de rotation ou de spire que nous avons décrits.

COMPRESSION

La compression méthodique constitue une véritable méthode thérapeutique de la plus grande puissance. Elle peut se faire : *a*) soit simplement avec le doigt et être intermittente et passagère : elle n'est guère dans ce cas qu'un procédé destiné à perfectionner la beauté de certaines parties du corps ; *b*) soit avec une simple bande crépon Velpeau quand on veut qu'elle soit modérée, avec de l'ouate et la bande Velpeau, quand on veut qu'elle soit plus énergique; *c*) enfin avec une bande élastique posée directement sur la peau, comme pour les hypertrophies de la lèvre supérieure, ou mieux avec un véritable appareil ouaté Guérin, par-dessus lequel on applique de temps en temps et avec prudence la bande de caoutchouc quand on veut lui donner toute son intensité et toute son efficacité. C'est ainsi notamment que nous traitons concurremment avec l'électrolyse les états éléphantiasiques des membres inférieurs.

L'action de la compression sur certaines affections inflammatoires des téguments est des plus puissantes. Depuis longtemps nous insistons dans nos conférences sur la rapidité avec laquelle on peut avec elle faire disparaître des éruptions d'eczéma des membres, surtout qnand il s'agit d'eczéma papulo-vésiculeux. C'est un moyen antiprurigineux des plus énergiques.

EAUX MINÉRALES

On sait toute l'importance qu'ont pris les eaux minérales dans la thérapeutique. Elles jouent un rôle assez favorable dans certaines affections cutanées. Mais sur ce point quelques explications sont nécessaires.

D'une manière générale on peut dire que les eaux minérales ne sont jamais

indispensables pour guérir une dermatose. Un séjour dans une clinique ou dans un hôpital avec des pansements bien faits sous une habile direction est presque toujours plus utile à un malade atteint d'une affection cutanée qu'un séjour de même durée dans une station hydro-minérale.

Il y a cependant des eaux qui conviennent comme topiques dans certaines dermatoses : Louèche et la Bourboule dans le psoriasis, dans les prurits circonscrits ou même diffus avec lichénification ou eczématisation, les eaux sulfureuses dans les séborrhéïdes et dans certains eczémas dont elles calment le prurit, ont depuis longtemps fait leurs preuves.

Mais, d'après nous, une eau minérale est surtout indiquée lorsque la maladie de peau dépend étroitement du mode d'existence du sujet, du milieu qu'il habite, des préoccupations auxquelles il est en proie, du surmenage, etc.. Dans ces conditions on est à peu près certain de lui faire beaucoup de bien en l'envoyant passer quelques semaines dans une station hydrominérale dont les eaux ne puissent pas irriter ses téguments, dont le climat lui convienne, et dans laquelle il trouve le calme et le repos qui lui sont nécessaires. C'est ce qui explique les bons effets que nous obtenons chez les gens du monde avec des séjours dans des stations sédatives telles que Schlangenbad, Néris, Bagnères-de-Bigorre, qui ont des eaux douces au toucher et indifférentes, dans des stations d'altitude comme Gastein, comme Saint-Gervais-le-Haut et même comme la Bourboule malgré l'active minéralisation de cette dernière source.

Cela posé, voici les quelques indications générales que nous pouvons donner :

Les *eaux sulfureuses* s'adressent surtout aux organisations lymphatiques, strumeuses. On choisira les eaux *sulfurées sodiques fortes* comme Barèges, certaines sources fortes de Luchon quand on voudra agir avec beaucoup d'énergie et modifier localement une éruption à forme torpide comme certaines tuberculoses locales ou certaines parakératoses, les parapsoriasis par exemple.

On prescrira des eaux sulfurées sodiques moins fortes comme Cauterets, les sources faibles de Luchon, Ax, les Eaux-chaudes, Amélie-les-Bains, le Vernet, lorsque l'on aura besoin d'une action moins énergique, quoique efficace encore, comme dans certaines folliculites rebelles, dans les acnés juvéniles, dans les séborrhéides eczématisées des lymphatiques.

On aura recours aux *eaux sulfurées sodiques faibles* comme Saint-Sauveur, Moligt, la Preste, les sources dégénérées de Luchon, d'Aix, si l'on veut avoir, avec l'action générale du soufre sur la constitution lymphatique, des effets plutôt sédatifs qu'excitants sur la lésion locale ; on y traitera avec succès certains eczémas prurigineux rebelles.

Les eaux *sulfurées calciques* comme Saint-Honoré, Allevard, Enghien, sont localement un peu excitantes et ne conviennent pas aux tempéraments nerveux et sanguins ; elles sont indiquées chez les lymphatiques torpides.

Les eaux *chlorurées sulfurées* dont Uriage, Gréoulz, sont des types, sont excellentes dans toutes les dermatoses dérivant du lymphatisme quand elles ne sont pas trop irritables, et qu'on veut exercer une action tonique et reconstituante sur l'économie. Parmi elles Uriage est fort employé dans les eczémas rebelles, prurigineux, dans les eczémas séborrhéiques, dans les eczémas impétiginisés des enfants, dans les folliculites, les furonculoses, les acnés et les séborrhées.

Les *eaux chlorurées sodiques* faibles comme Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, et moyennes comme Bourbonne-les-Bains, Kreuznach et Nauheim sont indiquées dans certaines dermatoses se reliant à un tempérament lymphatique et

s'accompagnant d'engorgements ganglionnaires comme le prurigo typique de Hebra.

Les eaux chlorurées sodiques fortes comme Salies-de-Béarn, Briscous-Biarritz, Salins-Moutiers, Salins du Jura, La Moullière, Rheinfelden, etc., donnent des résultats dans les tuberculoses locales.

Les *eaux chlorurées sulfatées*, comme Brides, Saint-Gervais, Baden en Suisse, agissent heureusement sur la constitution arthritique, sur la constipation et la congestion des organes pelviens. Leur emploi peut donc être indiqué dans les dermatoses qui se relient à cet ensemble de phénomènes. Quand elles contiennent en outre, comme Saint-Gervais, du gaz azote, de l'acide carbonique et un principe sulfureux extrêmement faible, leur champ d'action s'étend singulièrement et s'adresse dès lors à toutes les affections cutanées d'origine arthritique (et surtout aux eczémas) lorsqu'elles ont une tendance marquée à l'excitation.

Les *eaux chlorurées bicarbonatées*, dont le type en France est Royat, varient beaucoup dans leurs effets suivant les localités. Royat par exemple s'adresse à toutes les dermatoses d'origine arthritique, mais surtout lorsque l'état général est débilité, épuisé ; ces eaux sont un peu excitantes, et elles déterminent parfois des poussées aiguës. Cet inconvénient est encore plus marqué à Chatelguyon, où ne peuvent rester les personnes quelque peu sujettes à l'urticaire. Saint-Nectaire est également excitant et reconstituant : on y envoie des arthritiques lymphatiques.

Les *eaux bicarbonatées sodiques*, dont les deux types principaux sont en France Vichy et Vals, sont surtout employées comme modificateurs généraux de l'état arthritique : on ne saurait trop en recommander l'usage interne aux sujets hyperacides qui présentent cette constitution, mais leurs effets locaux ne sont pas encore suffisamment bien établis dans la plupart des dermatoses.

Les *eaux bicarbonatées calciques* et *bicarbonatées mixtes*, comme Alet, Saint-Alban, Lamalou, Pougues, Sail-les-Bains, ont à peu près les mêmes propriétés, quoique, d'une façon générale, elles soient moins irritantes au point de vue local et beaucoup plus appropriées (du moins quelques-unes, comme Sail-les-Bains), aux traitements interne et externe des dermatoses eczémateuses. On sait que les homœopathes attribuent, pour cette dernière eau, ses propriétés à la silice qu'elle renferme.

Mêmes remarques encore à propos des *eaux bicarbonatées sulfatées*, telles que Contrexéville, Vittel, Ussat, ce sont des eaux excellentes au point de vue interne chez les uricémiques, mais peu appropriées au traitement local des dermatoses.

Les *eaux sulfatées calciques*, comme Aulus, Bagnères-de-Bigorre, Capvern, Louèche, peuvent rendre de grands services dans les dermatoses rebelles chez les arthritiques névropathes. Bagnères-de-Bigorre nous a souvent paru fort efficace chez les eczémateux irritables, prurigineux, et d'une manière générale chez les arthritiques nerveux atteints de dermatoses prurigineuses ; les sources du Salut et du Foulon sont éminemment sédatives, et l'on sait que les eaux de Bagnères renferment de l'arsenic en quantité appréciable.

La névropathie dans les affections cutanées est en outre heureusement combattue par les *eaux indéterminées thermales simples*, comme Néris, Plombières, Bains, Schlangenbad, Wilbad en Allemagne, Ragaz en Suisse, Gastein en Autriche.

Les *eaux ferrugineuses* ne sont que rarement indiquées dans les maladies de la peau : il faut qu'il s'agisse d'individus profondément anémiés chez lesquels une médication tonique et martiale s'impose.

Dans le traitement des dermatoses, nous devons faire une place à part aux eaux de Saint-Christau et *de la Bourboule*.

Les eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau sont excellentes dans les eczémas, dans les eczémas impétiginisés, dans les séborrhéides eczématisees, dans le lupus plan et les lichénifications (douche filiforme), dans la séborrhée, les acnés et surtout dans les leucoplasies des muqueuses.

Grâce à leur minéralisation exceptionnelle (chlorurées-bicarbonatées-arsénicales), les eaux de la Bourboule remplissent des indications multiples, s'adressent aux constitutions à la fois arthritiques et lymphatiques, et modifient heureusement toutes les dermatoses sèches kératosiques, les dermatites polymorphes douloureuses, la lèpre, les lichens, les prurigos, certains eczémas, certaines séborrhéides, les prurits circonscrits avec lichénification (douche filiforme).

Il est inutile de faire remarquer que ce rapide tableau d'ensemble, si incomplet, par trop succinct et schématique, ne peut donner que quelques indications vagues et peu précises sur l'emploi des eaux minérales dans la thérapeutique des dermatoses. A propos de chaque malade, le praticien doit se livrer à une étude sérieuse des stations où il est possible de l'envoyer.

TABLEAUX D'ENSEMBLE ET SYNDROMES INCLASSABLES

Les classifications naturelles comme celle que nous avons adoptée ont de grands avantages au point de vue scientifique ; elles sont satisfaisantes pour l'esprit ; mais à certains égards elles sont moins commodes que quelques groupements que l'usage a consacrés.

Les praticiens sont heureux de pouvoir consulter un article d'ensemble sur les alopécies quand ils se trouvent en présence d'une chute de cheveux dont ils ne diagnostiquent pas facilement la nature, un article d'ensemble sur les maladies de la bouche quand ils ont à traiter une affection buccale un peu obscure, etc...

Si l'on se reporte à notre ouvrage sur le traitement des maladies de la peau on y trouvera un certain nombre de ces articles d'ensemble où les affections sont groupées d'après un symptôme commun, d'après une localisation. Ils rendent service aux médecins[1].

Il est en outre certains syndromes cutanés dont le prototype est la gangrène des téguments, qui peuvent reconnaître les causes directes les plus diverses. On est donc obligé d'en donner une description objective sans tenir compte de leur pathogénie.

Avant d'aborder l'étude de chaque dermatose, nous allons reproduire succinctement dans un sorte de préambule à cette étude : 1° les tableaux d'ensemble dont nous venons de parler; 2° la description des syndromes inclassables dans l'un des groupes d'affections cutanées que nous avons admis dans notre classification.

Ces nécessités d'exposition constituent une des imperfections les plus regrettables du plan que nous avons adopté. Elles appellent les railleries et la critique. Nous y sommes résignés. Nous savons que peu à peu les progrès de la science permettront d'établir d'une manière totale et rigoureuse la classification étiologique des dermatoses. Mais la dermatologie, nous ne saurions trop le répéter, n'est pas une science faite; sur certains points elle n'est encore qu'à l'état de vague ébauche.

Dans cette partie de notre ouvrage nous suivrons l'ordre alphabétique, le seul qui soit logique pour un exposé de ce genre.

[1] Nos tableaux de diagnostic différentiel répondent en partie à ces desiderata ; mais ils ne le font qu'incomplètement, car ils ne sont établis qu'au point de vue du diagnostic, nullement pour fixer les grandes lignes d'ensemble d'un groupe morbide.

LES ACNÉS

Sous le nom d'*acné* beaucoup de dermatologistes désignent toute affection de la peau caractérisée par un trouble fonctionnel ou par une lésion des glandes sébacées et sébacéo-pilaires. Une pareille extension de ce mot est vraiment abusive et à l'heure actuelle on ne saurait accepter pareille conception.

Voici le tableau d'ensemble des diverses affections qui ont reçu le nom d'acné avec les indications des divers groupes morbides dans lesquels nous les décrivons.

A. Troubles de sécrétion et d'excrétion des glandes sébacées. — On peut les subdiviser en deux groupes secondaires :

a) *Affections dans lesquelles le produit des glandes se répand, du moins en partie, sur la surface de la peau.*

C'est la *séborrhée huileuse* ou *séborrhée grasse de Sabouraud* (voir *Trophonévroses*).

Peut-être la lésion à laquelle on a donné le nom d'*acné sébacée concrète* (voir *Séborrhée grasse* et surtout *verrues et épithéliomes*).

b) *Affections dans lesquelles le produit des glandes n'est pas éliminé et se collecte dans leur intérieur*. Ce groupe comprend :

1° L'*acné miliaire ou milium* (voir *Tumeurs de la peau*) ;

2° Le *kyste sébacé* dont nous n'avons pas à nous occuper, car il est du domaine de la chirurgie (voir *Tumeurs de la peau*).

B. Les lésions proprement dites de la glande sébacée et des tissus voisins. — Elle se subdivisent de la manière suivante :

1° *L'acné juvénile ou comédonienne,* comprenant les formes morbides multiples suivantes :

a) *Acné ponctuée ou comédon*;

b) *Acné inflammatoire proprement dite.*

(Ces deux formes objectives évoluant sur fond de séborrhée huileuse constituent le type même de l'acné juvénile) (voir *Dermatoses microbiennes*).

c) *Acné artificielle ou médicamenteuse* qui se relie intimement à la forme précédente au point de vue objectif (voir *Dermatoses microbiennes*).

2° L'*acné rosacée ou couperose*, qui comprend les formes morbides suivantes :

a) *Couperose télangiectasique;*

b) *Couperose à forme mixte, télangiectasique et acnéique*;

c) *Acné hypertrophique ou rhinophyma;*

d) On doit y adjoindre la forme objective décrite dans ces derniers temps sous le nom de *Éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face* (voir *Dermatoses microbiennes*).

3° *Acné atrophique ou ulcéreuse* (acné varioliforme des Allemands, acné nécrotique de Boeck) (voir *Dermatoses microbiennes*).

4° *Acné furonculeuse du cou* (Sabouraud), qui a d'étroites relations avec la furonculose (voir *Dermatoses microbiennes*).

5° *Acné chéloïdienne de la nuque* (sycosis chéloïdien, ou chéloïde acnéique, dermatitis papillaris capillitii) (voir *Dermatoses microbiennes*).

Ces trois dernières variétés constituent le groupe des *acnés monomorphes* de Sabouraud.

Ont été encore dénommées acnés les formes morbides suivantes :

6° *Acné cornée.* — Variété toute spéciale de dermatose due à l'hyperkératose des infundibula pilaires, et qui a, au point de vue objectif, des relations, d'une part avec la kératose pilaire, le lichen spinulosus, d'autre part avec le lichen scrofulosorum (voir *Dystrophies cutanées*).

7° Les *folliculites et les sycosis* qui sont eux aussi des inflammations de l'appareil pilo-sébacé, et dans lesquels on peut faire rentrer l'*acné décalvante de Lailler* (acné pilaire ciatricielle dépilante de Besnier) (voir *Dermatoses microbiennes*).

8° L'*acné atrophique de Chausit* qui n'est qu'une variété de lupus érythémateux (voir Tuberculose cutanée).

9° L'*acné varioliforme de Bazin* qui est le *Molluscum contagiosum* de Bateman (voir *Dermatoses microbiennes à microbes inconnus*).

10° L'*acné syphilitique* que l'on doit appeler syphilide acnéique (voir *Syphilis*).

LES ALOPÉCIES

(Étym. : Ἀλωπεκία, de ἀλωπηξ, renard).

Le mot *alopécie* signifie dans le langage dermatologique actuel *chute générale ou partielle des cheveux ou des poils*, quelles qu'en soient la cause et la localisation : dans la pensée de la plupart des auteurs ce mot s'applique au processus pathologique décalvant pendant qu'il est encore en pleine évolution.

Le mot *calvitie* désigne un fait accompli, une lésion constituée, c'est-à-dire *une absence plus ou moins complète et définitive de cheveux ou de poils*.

L'alopécie n'est donc pas une maladie, c'est purement et simplement un symptôme qui s'observe dans les affections les plus diverses comme étiologie, pronostic et traitement. Les dermatoses qui peuvent s'accompagner d'alopécie ne constituent nullement un groupe naturel.

On a proposé les classifications les plus diverses pour les alopécies : alopécies partielles, générales; alopécies circonscrites, disséminées; alopécies de cause externe, de cause interne; alopécies naturelles ou physiologiques, morbides; alopécies idiopathiques, symptomatiques; alopécies avec lésions apparentes du cuir chevelu, sans lésions apparentes du cuir chevelu, etc. C'est qu'en effet, les causes des alopécies sont multiples, souvent assez obscures, et l'exposé didactique de tous ces processus morbides, pour la plupart fort complexes et encore mal connus, présente les plus sérieuses difficultés.

Il nous faut néanmoins tenter de grouper toutes ces affections dans un certain ordre pour donner quelques points de repère clairs et précis. Pour y arriver, nous prendrons surtout pour guide l'étiologie et la pathogénie.

DES ALOPÉCIES EN GÉNÉRAL.

Deux grandes classes de processus morbides peuvent déterminer la production d'une alopécie :

1° Le follicule pileux est directement intéressé par un agent externe quelconque, physique, chimique, ou vivant : ce dernier agissant par les réactions inflammatoires locales qu'il provoque, ou par les toxines auxquelles il donne naissance.

2° Les altérations du système pileux dépendent d'une action morbide générale,

soit accidentelle comme dans les maladies infectieuses proprement dites, soit constitutionnelle comme dans les maladies de la nutrition, soit évolutive comme dans la sénilité, portant sur l'organisme tout entier, et n'intéressant que secondairement le follicule pileux, ou pour mieux dire ne l'intéressant qu'au même titre que l'épiderme ou que les autres parties constitutives des téguments.

Cette division semble fort nette et de la plus grande précision. Malheureusement quand on veut étudier dans leurs détails les processus décalvants, on s'aperçoit qu'ils sont loin d'être simples. Quand on prend un cas particulier, et que l'on s'efforce d'en préciser la pathogénie, quelque clair qu'il paraisse au premier abord, la complexité des influences étiologiques qui le gouvernent éclate bientôt avec la dernière évidence.

Prenons par exemple l'alopécie traumatique qui résulte d'un coup directement porté sur le crâne : le follicule pileux peut être mécaniquement détruit en même temps que les tissus cutanés; il y a plaie contuse qui guérit peu à peu en laissant une alopécie cicatricielle définitive : ce cas est de la plus grande simplicité. Mais si le coup a été moins violent, si les tissus n'ont pas été complètement désorganisés, il peut néanmoins survenir dans certains cas une plaque d'alopécie glabre, plus ou moins arrondie ou ovalaire, peladoïde d'aspect, qui résulte sans doute d'une sorte de sidération de la papille pileuse consécutive au choc, sidération dans laquelle les modifications subies par le système nerveux jouent très probablement un rôle important. Ce cas n'est donc déjà plus aussi simple que le précédent.

C'est que, lorsqu'il s'agit d'un organisme aussi complexe que celui de l'être vivant, il est bien difficile d'avoir affaire à des maladies absolument pures et à étiologie une.

Même quand on se trouve en présence d'alopécies parasitaires typiques, d'alopécies présentant comme cause en apparence univoque les parasites végétaux les mieux différenciés, ceux qui sont en quelque sorte les prototypes du parasitisme, on est obligé de tenir compte dans une mesure considérable de cet autre élément dont l'importance parait de jour en jour plus grande aux yeux des cliniciens, *du terrain*.

Si nous passons des alopécies à parasites végétaux bien définis aux alopécies microbiennes, cette influence du terrain devient encore bien autrement importante, et l'on reste quelque peu déconcerté quand on songe d'une part aux espérances que les découvertes bactériologiques récentes ont fait naître dans l'esprit du public, et d'autre part à la quasi nullité des moyens thérapeutiques nouveaux qu'elles nous ont apportés jusqu'ici. Il est vrai qu'on est encore autorisé à concevoir de grandes espérances. Certes il est logique de se dire qu'en supprimant le microbe causal on supprimera la maladie; il est rationnel de chercher dans cette voie la guérison d'alopécies encore incurables ou tout au moins fort difficiles à enrayer dans leur marche ; en réalité il est on ne peut plus malaisé de supprimer des microbes qui pullulent dans les follicules, et l'étude de la plupart des autres affections microbiennes nous montre que pour triompher de ces ennemis il faut — ou bien détruire brutalement bacilles et tissus comme on le fait pour le lupus, ce qui ne serait guère logique ici puisqu'on produirait ainsi des alopécies cicatricielles étendues et définitives, alors qu'on cherche au contraire à empêcher l'alopécie de s'établir — ou bien modifier le terrain local par l'hygiène de la chevelure, par l'emploi de certains topiques appropriés, et le terrain général en changeant les conditions d'existence du sujet, comme on le fait pour la tuberculose viscérale, afin de le rendre impropre à la culture du microbe.

Mais ce n'est pas tout, et fort souvent le terrain peut être de beaucoup l'élément pathogène le plus important, comme dans les convalescences des maladies aiguës, dans les cachexies, etc. Peut-être même l'état général du sujet est-il parfois l'unique cause de certaines alopécies : il semble néanmoins que même alors il y ait presque toujours aussi une influence microbienne qui intervienne, précipitant ainsi la chute des poils, déterminant des éruptions du cuir chevelu, etc.

Comment pourrait-t-on nier cette influence considérable du terrain dans la plupart des faits, quand on voit les alopécies les plus vulgaires comme celles que l'on décrit sous les noms d'alopécies prématurées idiopathiques et d'alopécies séborrhéiques gouvernées en quelque sorte dans leurs maxima et leurs minima par les grandes mues physiologiques annuelles hivernales et automnales?

Ces quelques considérations permettent de comprendre que dans la majorité des cas les conditions pathogéniques des alopécies sont éminemment complexes. Pour arriver à les classifier, on est dès lors obligé d'analyser minutieusement les causes multiples qui président à leur développement, de rechercher quelle est celle dont l'influence semble être prépondérante, et que nous avons l'habitude de désigner sous le nom de *dominante étiologique*. C'est cette dominante étiologique qui doit fixer la nature réelle de l'alopécie. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de la préciser; parfois même, deux ou plusieurs influences étiologiques paraissent avoir une égale importance, et l'on ne sait vraiment dans quel groupe ranger l'affection.

On va voir par ce qui va suivre que toutes ces difficultés sont des plus réelles.

Classification étiologique et pathogénique des alopécies.

A. Alopécies dépendant d'entités morbides bien définies :

I. *Alopécies traumatiques*. — Il n'y a en somme qu'une variété d'alopécie dont la pathogénie soit une et pure, c'est l'*alopécie de cause mécanique*, celle qui résulte soit de l'avulsion pure et simple du poil comme dans l'épilation, soit d'une action destructive directe du follicule pileux par un agent extérieur quelconque, feu, corps chimique caustique, électrolyse, corps contondant, etc.

Toutes les autres alopécies sont plus ou moins complexes dans leur nature, et c'est, ainsi que nous venons de le dire, d'après leur dominante étiologique que l'on doit les classifier.

Nous avons déjà vu que le simple choc traumatique, quand il ne produit pas de plaie contuse, peut déterminer une alopécie locale pseudo-peladique au point touché, et que, dans ce cas, en dehors de son action directe, le traumatisme agit très probablement sur la nutrition du follicule pileux par l'intermédiaire du système nerveux.

II. *Alopécies artificielles d'origine interne ou médicamenteuses*. — Naguère encore on n'en soupçonnait pas l'existence : les recherches récentes sur les propriétés de l'acétate de thallium en ont démontré la réalité.

III. *Alopécies causées par des parasites végétaux bien définis*. — Cette classe comprend les alopécies produites par les *parasites végétaux bien définis* tels que l'achorion Schœnleinii (favus), le microsporon Andouini (teigne de Gruby-Sabouraud), les trichophytons (teignes tondantes). On doit tenir compte de deux éléments principaux dans la pathogénie des alopécies qui en dépendent : l'un, de beaucoup le plus important, surtout quand il s'agit du favus, le *parasite*, l'autre, d'assez

minime valeur, le *terrain*, quoique dans l'histoire des microsporons et des trichophytons il joue un rôle relativement assez considérable, comme le prouve la guérison plus facile des malades dès qu'on les soumet à de bonnes règles d'hygiène et à l'action du grand air; comme le prouve surtout la disparition spontanée de la plupart de ces affections quand le sujet arrive à l'âge adulte. Peut-être doit-on y ranger aussi l'alopécie qui accompagne le pityriasis simplex, si l'on admet que la cause efficiente du pityriasis simplex soit la spore de Malassez et que cette spore de Malassez soit un cryptogame.

IV. *Alopécies d'origine microbienne.* — Nous arrivons maintenant aux *alopécies microbiennes*, c'est-à-dire aux alopécies dans lesquelles les microbes ou mieux leurs toxines jouent un rôle pathogène. Cette classe est certainement des plus importantes, mais son étude ne date que d'hier, et elle est encore fort mal connue. Certes il est possible, comme l'a dit Sabouraud, qu'il y ait des alopécies peladiformes qui reconnaissent cette origine; il est possible qu'il y ait des microbes qui interviennent dans la production des alopécies dites séborrhéiques, ainsi que dans la plupart des chutes de cheveux qui se relient aux affections locales du cuir chevelu; mais, à notre grand regret, nous ne trouvons pas que les travaux auxquels nous faisons allusion aient encore suffisamment subi l'épreuve du temps et des expériences de contrôle pour que nous puissions dans cet ouvrage didactique les considérer comme étant des vérités établies. Nous nous contenterons donc de signaler cette grande classe d'alopécies en spécifiant qu'elle est en voie de constitution scientifique. En tous cas, bien qu'il ne nous soit pas encore permis de préciser dans ces affections le rôle réel du microbe et de ses toxines d'une part, d'autre part l'influence du terrain sur lequel il évolue, il nous semble que nous pouvons dès maintenant déclarer que les prédispositions personnelles héréditaires ou acquises de l'individu ont une importance capitale dans ces alopécies, qu'elles doivent même souvent constituer la véritable dominante étiologique.

Nous pouvons grouper ces alopécies sûrement ou probablement microbiennes en deux classes principales :

I. Dans l'une l'alopécie est le symptôme majeur de l'affection : telles sont les alopécies consécutives aux dermatoses squameuses du cuir chevelu dites pityriasis simplex et séborrhéides circinées ou pityriasis stéatoïde (Sabouraud), telles sont les alopécies par folliculites destructives du cuir chevelu.

II. Dans l'autre, l'alopécie n'est qu'un épiphénomène ou qu'un des symptômes de la maladie ; ici nous devons distinguer deux subdivisions : *a*) la première est composée d'affections qui paraissent agir d'une manière purement locale, comme le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, l'impétigo, le furoncle, etc.. ; *b*) la seconde est composée d'affections qui paraissent agir à la fois par l'éruption locale et par les modifications générales qu'elles impriment à l'organisme : telles sont la lèpre, la syphilis, la scarlatine, l'érysipèle, etc...

B. Ces derniers faits nous conduisent tout naturellement à parler des *alopécies qui dépendent d'états morbides généraux, d'auto-intoxications de l'organisme*, lesquels retentissent sur la formation et le développement du système pileux au même titre que sur l'économie tout entière qu'ils dépriment; ils apportent ainsi une entrave à la nutrition des tissus. La peau et ses annexes subissent la loi commune ; les ongles présentent des striations transversales plus ou moins profondes ; les cheveux sont frappés de mort momentanée et tombent.

Voici d'ailleurs quel est le mécanisme suivant lequel se produit d'ordinaire la chute du poil dans toutes les alopécies qui ne dépendent pas d'une affection propre

de la papille ou du follicule. Pour l'exposer nous prendrons pour guide les travaux de Sabouraud[1].

Quand la papille pileuse est frappée de mort, soit par suite des mues physiologiques auxquelles nous sommes soumis, soit par suite d'une infection générale de l'organisme, comme à la suite des grandes pyrexies, etc., « la saillie piriforme qu'elle fait dans le fond de l'infundibulum pilaire s'efface et le puits pilaire reprend exactement la forme d'un doigt de gant. En même temps le bulbe pilaire subit des transformations. Sa racine bulbeuse perd de son diamètre, comble sa cavité et prend une forme grossièrement analogue à celle d'un navet. Enfin sur tout son pourtour, les cellules dernières nées du cheveu s'emboîtent avec celles du revêtement épidermique du follicule. Examinée à ce moment sur des coupes verticales, la racine pilaire paraît hérissée de denticulations emboîtées dans de semblables denticulations inverses de l'épiderme folliculaire.

« Ainsi maintenu en place, quoique privé de son point d'attache normal (la papille qui a disparu), le cheveu s'élève progressivement dans le follicule jusqu'à ce qu'il arrive à son orifice cutané, alors il tombe ». Il présente à son extrémité une sorte de boule blanche, sèche, cornée, non succulente, qui n'adhère nullement à la peau quand on la pose sur elle : c'est ce qu'on appelle le poil à bulbe plein.

« Pendant ce temps le puits pilaire adosse ses parois à elles-mêmes et apparaît sur les coupes comme un bourgeon plein épithélial ».

Quand, au contraire, l'atrophie de la papille pileuse se produit lentement, progressivement, elle donne naissance pendant un certain temps à un cheveu altéré, presque toujours irrégulièrement formé, ou atrophié dans une étendue variable qui d'ordinaire va de 1 à 10 millimètres. « Dans ce cas l'atrophie porte sur tous les éléments constitutifs du cheveu, l'écorce et la moelle. Les cellules corticales sous-cuticulaires ont perdu presque toutes leurs granulations pigmentaires : elles deviennent jaunâtres et homogènes. Les cellules médullaires s'atrophient semblablement jusqu'à cesser d'être, et le canal médullaire disparaît. En même temps, le cheveu, de haut en bas, subit une forte diminution de diamètre, voire reconnaissable à l'œil nu sur les cheveux les plus frappés. » (Sabouraud.)

Telles sont les lésions banales que subissent les poils dans les alopécies vulgaires. Nous devions en donner la description générale pour ne pas être obligés d'en reparler à chaque instant à propos des diverses variétés d'alopécie.

Complexité des alopécies dépendant des états morbides généraux. — La complexité du processus pathologique est ici constante, et il suffit pour la faire toucher du doigt de rappeler que ces états généraux sont fort souvent consécutifs à des infections microbiennes, à des lésions d'organes, à de la dépression nerveuse, à une alimentation défectueuse, à des éliminations imparfaites, ou même à de simples prédispositions héréditaires ou acquises. Parfois le séjour au lit vient faciliter la chute des cheveux par la position constante de la tête sur l'oreiller, par l'absence plus ou moins prolongée des soins d'hygiène de la chevelure. En outre, le cuir chevelu, ainsi intéressé, s'infecte fréquemment, pour ne pas dire toujours, de dermatoses locales, sans doute microbiennes.

V. *Alopécies tenant à des auto-intoxications probables.* (*Nos réactions cutanées proprement dites.*) — Elles se subdivisent en deux groupes suivant que l'affection alopéciante agit surtout d'une manière locale comme l'eczéma vulgaire, le lichen

[1] Sabouraud : *Traité de la syphilis* par le professeur A. Fournier, t. I, p. 407.

ruber, les psoriasis, et suivant qu'elle paraît agir à la fois par l'éruption locale et par les modifications générales qu'elles impriment à l'organisme comme les érythrodermies exfoliantes généralisées.

VI. *Alopécies d'origine nerveuse.* — Les alopécies d'origine nerveuse constituent un groupe mal défini, mal étudié, et dont on ne distingue pas encore nettement les contours. Cependant les faits cliniques et l'expérimentation prouvent son existence.

On peut y faire rentrer des alopécies consécutives à d'autres dermatoses d'origine nerveuse comme les sclérodermies et certaines atrophies cutanées, et des alopécies semblant être primitives comme les pelades vraies, comme certaines chutes de cheveux qui paraissent être d'origine réflexe. A ce titre on pourrait peut-être y rattacher quelques alopécies par lésions viscérales.

VII. *Alopécies par dystrophies des tissus.* — Cette classe est sans aucun doute bien élastique, et l'on pourrait nous objecter qu'il est possible d'y faire rentrer toutes les alopécies de quelque nature qu'elles soient. Nous concédons qu'elle est dans une certaine mesure un caput mortuum; cependant elle répond à des états morbides généraux non microbiens complexes qui agissent par une sorte de processus atrophique sur la papille pileuse, et à ce titre, provisoirement du moins, elle nous paraît devoir être adoptée.

Elle comprend de nombreuses subdivisions :

1° Les alopécies consécutives à un processus atrophique qui porte directement sur le poil, comme la trichorrhexis nodosa, la trichoptilose, le monilethrix;

2° Les alopécies consécutives à des modifications générales imprimées à l'organisme par des états pathologiques accidentels, tels que les opérations chirurgicales, les accouchements, les états généraux graves, anémie, diabète, myxœdème, etc..., les affections viscérales diverses;

3° Les alopécies consécutives à des modifications générales imprimées à l'évolution normale des tissus, et à une mauvaise hygiène générale, telles que l'alopécie sénile, l'alopécie prématurée idiopathique et l'alopécie séborrhéique;

4° On doit enfin faire rentrer dans ce groupe VII les *alopécies congénitales.* Elles constituent un ensemble fort incohérent qui comprend des faits complexes dépendant pour la plupart des malformations d'origines probablement fort diverses; certaines semblent reconnaître pour causes des maladies congénitales.

Telles sont les grandes lignes du tableau d'ensemble des alopécies. Cette vue générale est assez séduisante au premier abord, et l'on est vraiment tenté de l'adopter d'une manière définitive.

Malheureusement il est facile de voir que, dans l'état actuel de la science; on ne saurait préciser avec assez de netteté la dominante étiologique de quelques-unes des alopécies les plus importantes pour pouvoir les ranger avec ombre de raison légitime dans une classe plutôt que dans une autre.

Prenons par exemple les alopécies dites séborrhéiques. Nous savons dès maintenant qu'il faut distinguer les alopécies qui s'accompagnent de simple sécrétion graisseuse du cuir chevelu (séborrhée grasse vulgaire), des diverses dermatoses inflammatoires du cuir chevelu décrites sous le nom d'eczémas séborrhéiques, auxquelles Audry et nous nous avions donné le nom défectueux de séborrhéides, et qui peuvent compliquer ou non cette séborrhée grasse. Ces dernières affections sont très probablement parasitaires. La séborrhée elle-même reconnaîtrait une origine microbienne d'après Sabouraud; cet auteur a décrit un microbacille qui pullule sur les cuirs chevelus atteints de ce trouble de sécrétion. Quel est le rôle causal de ce microbacille? Est-il vraiment un agent pathogène de premier ordre, ou bien doit-on

admettre que ces alopécies et que la sécrétion séborrhéique elle-même, qui s'exaspèrent d'ailleurs de la manière la plus évidente suivant l'état du système nerveux, suivant les fluctuations des mues annuelles, dépendent surtout de l'état général du sujet et de ses prédispositions ? Est-on autorisé en partant de ces principes à ranger dans une même grande famille les trois alopécies séborrhéique, prématurée idiopathique et sénile ? Toutes ces questions sont encore à l'étude et ne peuvent être tranchées *ex professo* dans cet ouvrage.

En réalité, pas plus pour les alopécies que pour l'ensemble des dermatoses, il n'est pas possible à l'heure actuelle de proposer au public médical une classification précise et irréprochable fondée sur l'étiologie et sur la pathogénie.

Aussi ne donnons-nous le tableau d'ensemble suivant des alopécies qu'avec une certaine répugnance, bien que nous nous soyons efforcés d'y tenter une classification naturelle de ces affections, tout en y adoptant un mode de groupement tout à fait terre à terre, facile à comprendre, et qui permettra au praticien d'arriver avec rapidité et commodité au renseignement dont il aura besoin (voir pour d'autres détails les *Tableaux de diagnostic général*).

TABLEAU D'ENSEMBLE DES ALOPÉCIES

A. — ENTITÉS MORBIDES VRAIES

- **I. Alopécies traumatiques directes.**
  - 1° Alopécies par avulsion des cheveux ou des poils.
    - Épilation thérapeutique.
    - Trichomanie.
  - 2° Alopécies par frictions.
    - Alopécie par frottement des enfants en bas âge.
    - Alopécies des femmes par objets de toilette.
    - Alopécie par grattage.
  - 3° Alopécies par destruction directe du follicule pileux ou par action en masse sur les téguments d'un agent vulnérant quelconque.
    - Alopécie par action d'un corps contondant.
    - Alopécie par caustiques chimiques.
    - Alopécie par électrocautère ou thermocautère.
    - Alopécie par électrolyse.
    - Alopécie par rayons X.
  - 4° Alopécies par mauvaise hygiène locale du cuir chevelu.
- **II. Alopécies artificielles d'origine interne ou médicamenteuses.**
- **III. Alopécies causées par des parasites végétaux connus.**
  - Teigne tondante Gruby-Sabouraud.
  - Les trichophyties.
  - Les favus.
  - Le pityriasis simplex.
- **IV. Alopécies microbiennes.**
  - 1° L'alopécie est le symptôme majeur de la dermatose.
    - *a*) Les alopécies séborrhéiques. (?)
      - Séborrhée grasse. (?)
      - Les séborrhéïdes circinées ou pityriasis stéatoïde.
    - *b*) Les folliculites destructives du follicule pileux.
      - α) *Disséminées.*
        - Syphilides.
        - Acné atrophique.
        - Folliculites compliquant les séborrhéïdes eczématisées.
        - La kératose pilaire. (?)
      - β) *Agminées.*
        - Pseudo-pelade. (?)
        - Acné décalvante.
        - Sycosis lupoïde.
  - 2° L'alopécie n'est qu'un épiphénomène ou qu'un des symptômes de la maladie.
    - *a*) Affections paraissant agir d'une manière purement locale.
      - Lupus vulgaire.
      - Lupus érythémateux.
      - Impétigo.
      - Furoncles.
    - *b*) Affections paraissant agir à la fois par l'éruption locale et par les modifications générales qu'elles impriment à l'organisme.
      - Fièvre typhoïde, grippe.
      - Erysipèle.
      - Scarlatine.
      - Rougeole, variole, etc.
      - Lèpre.
      - Syphilis, etc.

B. — RÉACTIONS CUTANÉES

V. Alopécies tenant a des auto-intoxications probables (*Réactions cutanées*).	1° Affections paraissant agir surtout d'une manière locale sur le cuir chevelu.	Eczéma vulgaire. Lichen ruber. Psoriasis.
	2° Affections paraissant agir à la fois par l'éruption locale et par les modifications générales qu'elles impriment à l'organisme.	Herpétides malignes exfoliatives. Erythème desquamatif. — scarlatiniforme. Dermatite exfoliative généralisée. Pityriasis rubra. Pemphigus foliacé. Mycosis fongoïde.
VI. Alopécies d'origine nerveuse.	1° L'alopécie semble être essentielle, primitive.	Les pelades. Les alopécies d'origine réflexe.
	2° L'alopécie semble être consécutive à une autre affection d'origine nerveuse.	Sclérodermies. Atrophies cutanées, Pseudo-pelade (?) etc. (Ces affections peuvent rentrer dans la classe VII.)
VII. Alopécies par troubles de la nutrition normale des tissus, ou dystrophies.	1° Par atrophie portant directement sur le poil.	Trichorrhexis nodosa. Trichoptilose. Nodose hair (Monilethrix).
	2° Par suite de modifications générales imprimées à l'organisme par des états pathologiques accidentels.	*a*) États pathologiques aigus. — Opérations chirurgicales. Accouchements. *b*) États pathologiques généraux chroniques. — Anémie, chlorose, diabète. Cancer, myxœdème. Auto-intoxications chroniques. *c*) Affections d'organes. — Utérus, estomac. Intestins et annexes, etc.
	3° Par suite de modifications générales imprimées à l'évolution normale des tissus, et par mauvaise hygiène générale.	*a*) Alopécie sénile. *b*) Alopécie prématurée idiopathique par mauvaise hygiène générale et par prédisposition héréditaire. *c*) Alopécie séborrhéïque. (?)
	4° *Alopécies congénitales.*	*a*) Alopécie congénitale essentielle primitive. — Circonscrite. Diffuse. *b*) Alopécies congénitales secondaires à d'autres processus pathologiques subis in utero. — Nœvi. Aplasie moniliforme des cheveux. Pelades congénitales. (?)

Les alopécies traumatiques sont décrites dans les dermatoses d'origine externe ;

Les alopécies médicamenteuses aux dermatoses artificielles d'origine interne ;

Les alopécies causées par les parasites végétaux aux dermatoses parasitaires ;

La trichorrexis nodosa, la trichoptilose, le monilethrix, l'alopécie sénile, l'alopécie prématurée idiopathique, l'alopécie séborrhéique, les alopécies congénitales dans les troubles de la nutrition normale des tissus ; nous y ferons aussi provisoirement rentrer les alopécies consécutives aux états morbides généraux et aux lésions viscérales.

Les alopécies causées par les diverses affections locales du cuir chevelu sont décrites aux chapitres qui traitent de ces affections ;

Les pelades aux chapitre des trophonévroses.

ANÉMIES CUTANÉES

L'étude des *anémies cutanées* est un chapitre de pathologie générale.

L'anémie cutanée peut être *totale*, et alors elle est la conséquence d'états géné-

raux aigus (lipothymie, syncope) ou chroniques (chlorose, tuberculose, cancer, etc...), dont nous n'avons pas à nous occuper. Elle peut être *partielle* ou *localisée*, et dans ce cas elle est ou bien accidentelle (froid, anesthésie locale, traumatisme, etc...), ou bien symptomatique d'une affection du système nerveux, des vaisseaux, de la peau (gangrène symétrique des extrémités, gangrène sénile, sclérodermie, etc...). L'étude des anémies cutanées localisées se confond par conséquent avec l'étude des affections dans lesquelles on rencontre ce symptôme (voir surtout *asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités*).

ATROPHIES CUTANÉES

Le groupe des atrophies cutanées est immense et des plus disparates.

On peut le diviser en deux grands groupes :

1° *Les atrophies cutanées essentielles, primitives* qui se subdivisent en circonscrites et généralisées : on pourrait rattacher certaines d'entre elles aux sclérodermies avec lesquelles elles ont les relations les plus étroites. Mais comme il est fort difficile de distinguer des types nets dans ce groupe encore bien confus, nous en donnons une description d'ensemble dans la classe des troubles de nutrition des tissus (classe III de nos réactions cutanées) ;

2° *Les atrophies cutanées secondaires ou encore symptomatiques* d'autres affections qui ne sont que les conséquences, les séquelles de dermatoses antérieures primitives.

Celles-ci ont été également divisées en généralisées et circonscrites.

A. *Les atrophies cutanées secondaires généralisées* peuvent s'observer à un degré plus ou moins accentué à la suite des herpétides malignes exfoliatives, du pityriasis rubra grave de Hebra, des sclérodermies généralisées.

B. *Les atrophies cutanées secondaires circonscrites* sont extrêmement nombreuses ; les plus importantes sont consécutives au lichen plan typique et surtout au lichen plan atrophique, à certaines formes de parapsoriasis en plaques, et de parapsoriasis lichénoïde, au lupus érythémateux, à la pseudo-pelade, à l'acné décalvante, au sycosis lupoïde, à certaines formes de séborrhéides compliquées de folliculites, au favus, aux sclérodermies en plaques ou morphées, à certaines syphilides qui laissent après elles les lésions dermiques auxquelles on a à tort donné le nom de vergetures, etc... (voir ces mots).

BOUCHE

Tableau d'ensemble des affections de la muqueuse buccale. — La plupart d'entre elles peuvent se développer en un point quelconque de cette muqueuse, sur la face interne des lèvres, des joues, sur les gencives, la voûte palatine, la langue ; il n'y en a qu'un fort petit nombre qui soient spéciales à la muqueuse linguale ; nous les indiquerons chemin faisant. *Nous ne décrirons dans ce livre que les maladies dont la symptomatologie et le traitement nous ont paru trop écourtés dans les ouvrages classiques, et qui sont regardées par une sorte de convention tacite comme étant plus spécialement du ressort des dermatologistes.*

Modifications subies par les sécrétions. — 1° Sécheresse de la bouche; 2° sialorrhée ; 3° fermentation acide (voir les ouvrages classiques de séméiologie).

Modifications de la coloration de la muqueuse. — 1° Modifications tenant aux divers enduits (Langue surtout : voir les ouvrages de séméiologie) ; 2° colorations artificielles tenant aux matières tinctoriales et aux caustiques (*id.*) ; 3° coloration de l'ictère (*id.*) ; 4° modifications tenant aux troubles de la circulation : — Cyanose ; — Anémie (chlorose, hémorragies, etc...) ; — Hypérémie ; 5° affection connue sous le nom de *Langue noire* (voir ce mot dans les *Dystrophies*) ; 6° *Mélanodermie* (maladie d'Addison) : (voir la description de cette affection dans les ouvrages classiques) 7° *Argyrie :* (voir *Hyperchromie* dans les *Dystrophies*.)

Modifications dans l'aspect normal de la muqueuse (affections propres à la langue). — 1° *Hypertrophie congénitale des papilles ;* 2° *langue scrotale* (voir ce mot dans les *Dystrophies*) ; 3° *langue lisse* (id). 4° *Acanthosis nigricans* (id.)

Stomatites proprement dites. — *Muguet* (voir les ouvrages classiques de pathologie interne) ; — *aphthes* (voir ce mot dans les dermatoses microbiennes à microbes inconnus) ; — *herpès* (voir ce mot dans les *Réactions cutanées proprement dites*) ; — *stomatite érythémateuse* (voir les ouvrages classiques de pathologie interne) ; — *stomatite blennorragique* (voir les ouvrages spéciaux) ; — *stomatite ulcéro-membraneuse* (voir les ouvrages classiques de pathologie interne) ; — *stomatite couenneuse ou pultacée* (id.) ; — *stomatite diphthéritique* (id.) ; — *stomatite diphtéroïde à staphylocoques* (*stomatite impétigineuse*) de Sevestre et Gastou (voir *Société médicale des Hôpitaux*, 26 juin 1891) ; — *stomatite gangréneuse* (noma) (voir les ouvrages de pathologie interne).

Stomatites des affections gastro-intestinales (voir les ouvrages de pathologie interne) ; — *les glossites* (id.).

Stomatites des maladies aigues infectieuses, des exanthèmes (varicelle, variole, rougeole, rubéole, scarlatine, érysipèle), de la fièvre typhoïde, etc...

Stomatites des intoxications : *Hydrargyrisme*, etc... (voir les ouvrages classiques sur les maladies professionnelles).

Hémorragies de la muqueuse buccale (voir article *Purpura*).

Syphilis buccale (voir l'article *Syphilis*).

Affections cutanées décrites dans ce livre qui peuvent se localiser a la muqueuse buccale. — *Adénomes* (on n'en connaît que quelques cas douteux à la langue) ; — *angiomes* (voir les ouvrages de chirurgie) ; — *eczéma* (voir les articles *Eczéma* et *Desquamation marginée aberrante de la langue*) — *épithéliome* (voir *Leucoplasie*) ; — *érythème ;* — *hydroa ;* — *fibromes ;* — *chéloïde* (fort rare) ; — *kystes ;* — *lèpre ;* — *lichen planus ;* — *lipomes ;* — *lupus ;* — *lymphangiome ;* — *papillomes* (voir article *Leucoplasie*) ; — *pemphigus ;* — *pian ;* — *porokératose ;* — *psoriasis* (voir article *Leucoplasie*) ; — *pustule maligne ;* — *sarcome* (on n'en connaît qu'un assez petit nombre à la langue (Scheier) ; la lésion peut siéger sur les bords de l'organe ; la muqueuse peut être intacte ou ulcérée ; cette affection est assez fréquente à l'isthme du gosier) ; — *tuberculose ;* — *xanthélasma ;* — *zona*.

Affections paraissant jusqu'à plus ample informé propres a la muqueuse buccale. — *Leucoplasie* (plaques des fumeurs); — *glossite chronique superficielle*, etc... (voir ce mot); — *glossite exfoliatrice marginée* (affection propre à la langue) (voir l'article *Desquamation marginée aberrante de la langue*).

Affections d'origine nerveuse. — a) *Portant sur la sensibilité spéciale* (voir les ouvrages de pathologie interne); b) *Portant sur la sensibilité générale ;* — *Anesthésie* (voir les ouvrages de pathologie interne) *;* — *hyperesthésie linguale ;* — *glossodynie* (voir ce mot aux *Trophonévroses*) ; — c) *Portant sur la motricité* (voir les ouvrages de pathologie interne); — d) *Portant sur la nutrition* (troubles trophiques) (*id.*).

Affections d'origine traumatique. — *Brûlures ;* — *morsures ;* — *ulcérations diverses* (dents cariées, corps étrangers, coqueluche (?) etc...) (voir les ouvrages de chirurgie).

Voir en outre l'excellent article de Marfan sur le diagnostic de l'angine diphtérique (*Gazette des hôpitaux*, 14 mars et 21 mars 1903, et son ouvrage sur la *Diphtérie* (1905).

DIABÉTIDES

A. Fournier a donné le nom de *diabétides* aux accidents cutanés qui surviennent dans le cours du diabète. Nous devrions les passer sous silence au même titre que les manifestations cutanées du mal de Bright, de l'urémie, des septicémies, etc., toutes dermatoses dont l'étude se relie essentiellement à la maladie cause et dont la thérapeutique locale se confond avec celle de l'affection cutanée, érythème, eczéma, lichen, etc., dont elles prennent l'apparence; mais les diabétides présentent assez souvent, surtout aux organes génitaux, un aspect spécial, et réclament des soins particuliers; aussi croyons-nous utile d'en dire quelques mots.

Les diabétides doivent être divisées en deux grandes classes d'après leur mode de production : les unes semblent être en relation plus directe avec l'altération générale de l'économie, et parmi elles nous rangerons le prurit, l'urticaire papuleuse chronique, l'acné des cachectiques, les érythèmes, les éruptions de lichen, d'eczéma vrai, d'herpès, d'ecthyma, de furoncles, d'anthrax, le xanthélasma (voir ces mots), les productions papillomateuses (Kaposi), les gangrènes (voir ce mot).

Les autres résultent plus directement du contact irritant des sécrétions chargées de sucre de l'organisme, et les plus importantes de beaucoup sont les éruptions eczématiformes des organes génitaux causées par le contact des urines. Nous les étudions dans les *éruptions artificielles de cause externe* bien que l'état général crée certainement une moindre résistance notable des tissus.

DYSCHROMIES

On donne le nom de *dyschromies* à toutes les modifications de la pigmentation normale de la peau, de quelque nature qu'elles soient.

Elles se subdivisent en deux grandes catégories suivant que le pigment normal est diminué ou absent : ce sont les *achromies ;* suivant qu'il existe en excès : ce sont

les *mélanodermies* ou *hyperchromies*. (Pour l'étude des anomalies du pigment au point de vue objectif en général voir : Lésions élémentaires, article *Taches*.)

Généralités sur les dyschromies. — Virchow en 1847 découvrit le pigment jaune cristallisé auquel il donna le nom d'hématoïdine; Perls en 1867 décrivit le pigment qui donne la réaction du fer. Des recherches récentes ont modifié les notions anciennes sur les pigments. Actuellement, d'après Darier, (*Pratique Dermat.*, t. III, p. 457 et suivantes) on sait que l'on peut rencontrer dans la peau trois espèces distinctes de pigment :

« 1° *Le pigment ocre* de Kelsch et Kiener, *hémosidérine* de Neumann, *rubigine* de Lapicque, se présente sous forme de granulations inégales, souvent assez grosses ou groupées en bloc, d'une couleur variant du jaune d'or au rouge brun. Il est insoluble dans l'eau, l'alcool et les essences; il résiste aux alcalis étendus même à chaud et aux acides organiques; il présente les réactions du fer. C'est de l'hydrate ferrique (Kunkel, 1881) à l'état de combinaison avec des albuminoïdes, selon Neumann, Schmidt, Nasse, etc., pur, mais dans un état moléculaire particulier pour Auscher et Lapicque.

« Le pigment ocre se rencontre avec une grande fréquence dans l'organisme. C'est lui qui se forme dans les extravasats sanguins et toutes les fois que des globules rouges sont détruits en entier. C'est le pigment du diabète bronzé, des cirrhoses pigmentaires et des taches pigmentaires post-hémorragiques. Quand on le trouve dans la peau, ce n'est jamais dans l'épiderme, mais toujours dans le derme; ses granulations sont intra-cellulaires; cependant Neumann et d'autres pensent qu'on peut en trouver à l'état dissous et diffus.

« 2° Le *pigment noir* ou *mélanine* forme des granulations petites et rondes d'un brun plus ou moins foncé. Il ne donne pas les réactions du fer; mais il contient du soufre en proportions variables, quelquefois élevées (Nencki). Il est insoluble dans l'eau, l'alcool, les acides même concentrés; il est soluble dans les alcalis concentrés et quelquefois, suivant sa provenance, dans le sulfhydrate d'ammoniaque, qui d'autrefois le laisse intact. C'est le pigment normal de l'épiderme et des poils, celui de la choroïde de l'œil, celui de la maladie d'Addison, des tumeurs mélaniques et de bon nombre des taches pigmentaires.

« 3° Le *pigment palustre* est spécial à la malaria, puisqu'il résulte d'une élaboration de l'hémoglobine dans le corps même des parasites de Laveran; il se forme dans le sang où on le trouve (mélanémie) dans toutes les variétés et à toutes les périodes de la maladie. Il est déposé par les capillaires principalement dans la rate, le foie, le cerveau, assez souvent dans la peau, mais non dans les épithéliums sécréteurs. Il se présente sous l'aspect de grains arrondis ou irréguliers, à contours mousses, conglomérés quand il est abondant. Sa couleur varie de la teinte sépia au noir foncé.

« Dans le derme, pour peu que la pigmentation soit un peu marquée, on trouve toujours, au niveau des papilles et du plexus sous papillaire, des éléments allongés, fusiformes ou rameux chargés de granules pigmentaires. Il s'agit certainement de cellules migratrices ou leucocytes chargés de pigment[1]. Dans les nævi pigmentaires, les cellules dermiques mélanophores sont des cellules nævi ques épithélioïdes, et réellement épithéliales d'origine selon Unna. Dans la mélanose progressive et

[1] Voir pour l'interprétation du rôle joué par ces cellules l'article de Darier dont nous ne citons que des extraits, et pour toute la question si complexe et si obscure des colorations tégumentaires, la thèse de A. H. Mandoul : *Faculté des sciences de Paris*, série A, n° 460, 1903.

autour des nævo-carcinomes, les cellules conjonctives elles-mêmes sont chargées de pigment. On peut rencontrer une hyperpigmentation surtout épidermique, ou surtout dermique; mais dans la majorité des cas, je les ai vues coexister en proportion variable, d'accord en cela avec la plupart des observateurs ». (Darier, *loc. cit.*).

Étiologie et Physiologie générale de la pigmentation. — Les traumatismes longuement répétés, de quelque nature qu'ils soient (voir plus loin), provoquent l'apparition de la pigmentation. La stase sanguine, comme pour les jambes variqueuses, peut la favoriser.

Il semble que les lésions ou que les irritations chroniques du grand sympathique abdominal favorisent l'apparition de la mélanodermie diffuse, comme dans la maladie d'Addison, l'acanthosis nigricans, les affections utérines ou péri-utérines.

Dans ces derniers temps on (Gilbert et Lereboullet) a fait jouer à la présence de pigments biliaires dans le sérum sanguin un rôle considérable dans la prédisposition de certains sujets aux pigmentations cutanées. Les nævi pigmentaires apparaissent plus fréquemment chez les sujets atteints de cholémie familiale. La cholémie est très fréquente aussi chez les sujets porteurs d'éphélides-lentigo et de taches de rousseur. Le masque de la grossesse lui-même serait fréquemment la conséquence de la cholémie. On comprend que toutes les irritations du tégument externe puissent provoquer chez les cholémiques l'apparition de pigmentations localisées ou généralisées.

Voici le tableau d'ensemble des Dyschromies.

I. **Achromies**. — On donne le nom d'achromies à la diminution ou à la disparition complète de la pigmentation normale de la peau.

On distingue :

A. Des achromies congénitales. — C'est *l'albinisme :* il peut être *partiel* ou *généralisé*. Il constitue une simple difformité, d'un intérêt absolument nul au point de vue pratique. Il est souvent une conséquence de la consanguinité des époux, et est au-dessus des ressources de la thérapeutique.

B. Des achromies acquises. — Celles-ci se divisent en :

a) *Achromies acquises spontanées. Achromies ou leucodermies vraies.* — Elles sont caractérisées par une simple décoloration de la peau, sans augmentation périphérique de la pigmentation normale :

α) Elles sont rarement *essentielles* ;

β) Elles sont presque toujours *symptomatiques* de l'atrophie propre de la peau, de la lèpre, de la syphilis : en réalité ce dernier groupe se confond presque avec le suivant.

b) *Achromies acquises secondaires.* — Elles se subdivisent en :

1° Achromies consécutives à des traumatismes, tels que des radiodermites, l'application sur la peau de certaines substances en particulier de l'acide phénique, de la résorcine, des composés mercuriels et surtout du sublimé et du calomel.

2° Achromies consécutives à des dermatoses préexistantes comme le lichen simplex chronique ou prurit circonscrit avec lichénification, la sclérodermie, la pelade, etc... Les cicatrices sont souvent achromiques.

II. **Dyschromies mixtes.** — Le *vitiligo* est caractérisé par la formation de taches achromiques limitées par une zone d'hyperchromie, comme si le pigment cutané était simplement déplacé (voir ce mot).

III. **Hyperchromies.** — On donne le nom d'hyperchromies aux exagérations de la pigmentation normale de la peau.

Ces lésions cutanées sont des plus complexes.

Nous les diviserons en deux groupes principaux suivant qu'elles sont : A. *Congénitales ;* B. *Acquises* :

A. Hyperchromies congénitales. — Elles comprennent tous les nævi pigmentaires (voir ce mot) et en outre, le xéroderma pigmentosum, la neuro-fibromatose de Recklinghausen (voir ces mots aux *Dystrophies*).

Darier pense qu'on doit y faire rentrer les deux affections appelées *Éphélides* et *Lentigo* qui seraient d'après lui des nævi. (Les Éphélides de Darier correspondent à ce que la plupart des dermatologistes appelent le lentigo : son lentigo correspond aux nævi pigmentaires). Dans son lentigo il fait rentrer la lentiginose profuse et le lentigo malin (voir *Nævi*).

B. Hyperchromies acquises. — Elles se subdivisent en plusieurs groupes qui sont :

1° Les *Hyperchromies acquises de cause externe :*

a) Par applications irritantes :

Chez certaines personnes toute lésion de la peau s'accompagne d'une hyperpigmentation. Citons comme causes : les pressions prolongées du col, du corset, des jarretières, des bandages herniaires et autres, les frottements, les grattages, les vésicatoires, les autres révulsifs, en particulier les sinapismes, la teinture d'iode, l'essence de térébenthine, certaines substances comme l'acide picrique, l'acide chrysophanique, le nitrate d'argent, etc... L'action de l'air, du vent, du froid et surtout du soleil, l'électricité, produisent la pigmentation si connue sous le nom de hâle. (Éphélides solaires de Thibierge). Ces mélanodermies sont d'ordinaire cantonnées aux points traumatisés, ce qui permet de les reconnaître d'emblée.

En réalité toutes ces causes que nous venons d'énumérer ne sont que des causes déterminantes qui n'agissent que chez certains sujets ou tout au moins qui n'agissent avec énergie que chez des prédisposés. Resterait à déterminer ce qui constitue cette prédisposition : dans l'état actuel de la science on ne peut faire que des hypothèses : disons cependant que certaines affections, telles que la syphilis, le diabète, la tuberculose, la maladie d'Addison, la cholémie familiale (voir plus haut), etc.., prédisposent à ces pigmentations que les traumatismes accentuent d'une manière toute particulière.

b) *Hyperchromies parasitaires.* — Parmi elles citons la phthiriase, peut-être la maladie des vagabonds, les gales anciennes, etc.

2° *Hyperchromies acquises par ingestion de certaines substances.* — Parmi elles nous devons citer en première ligne le nitrate d'argent (argyrie), l'arsenic, l'antipyrine (voir ces mots aux *Dermatoses artificielles d'origine interne*).

3° *Hyperchromies secondaires à des affections cutanées.* — Toutes les excoriations, toutes les plaies, surtout lorsqu'elles siègent aux membres inférieurs, peuvent laisser des pigmentations chez des sujets prédisposés.

Toutes les dermatoses peuvent avoir les mêmes conséquences chez eux.

Mais parmi elles il y en a quelques-unes qui ont cette puissance colorante à un degré élevé; se sont : les Érythèmes solaire et calorique (E. de la pellagre, etc.), l'érythème électrique et radiothérapique, l'urticaire pigmentée, les syphilides, les bulles des pemphigus et des dermatites polymorphes douloureuses, le zona, les tuberculides papulo-nécrotiques, le prurit circonscrit avec lichénification, le lichen plan, etc...

4° *Hyperchromies acquises dites essentielles.* — Darier les subdivise en : a) *Dyschromies d'origine nerveuse probable*; b) *Dyschromies d'origine hématique.*

a) *Dyschromies d'origine nerveuse probable.* — Il range dans ce groupe :

La maladie d'Addison, la mélanodermie des tuberculeux, l'acanthosis nigricans, les pigmentations des anémiques, les syphilides pigmentaires comprenant les leucodermies syphilitiques (plaques décolorées consécutives à des éléments éruptifs), les hyperchromies syphilitiques aréolaires, les leuco-mélanodermies syphilitiques, les dyschromies lépreuses, les dyschromies des maladies nerveuses (hémiplégies, paralysie infantile, névrites périphériques, goitre exophthalmique, neurasthénie, maladie de Raynaud, sclérodermie, etc...). Il y fait également rentrer le *chloasma*, nom qu'il réserve aux pigmentations qui paraissent être en relation avec la grossesse ou avec des troubles divers du côté de l'utérus ou des annexes et dont nous donnerons une courte description dans les *Dystrophies cutanées.*

b) *Dyschromies d'origine hématique.* — Elles comprennent surtout pour Darier les hyperchromies du paludisme (mélanodermie palustre) et le diabète bronzé. Citons enfin avec Gilbert et Lereboullet la cholémie familiale.

Traitement. — Le traitement des hyperchromies n'est pas satisfaisant. On ne peut instituer de médication quelque peu efficace que contre le lentigo (éphélides de Darier) et le chloasma, et encore faut-il bien savoir que ces petites difformités, le lentigo en particulier, résistent fréquemment à tous les moyens connus.

Prophylaxie. — Il n'y a pas de traitement interne général des hyperchromies; mais on doit instituer le traitement de la maladie qui en est la cause première, s'il en existe une que l'on puisse diagnostiquer. On prendra en outre des soins prophylactiques. On conseillera donc contre les taches de rousseur de s'exposer le moins possible au grand air et surtout au soleil, de se protéger la figure et les mains au printemps et surtout en été avec des chapeaux à larges bords, avec d'épaisses voilettes vertes ou bleues et avec des gants : on soignera les affections utérines et gastro-intestinales, l'anémie, le lymphatisme s'ils existent; enfin on évitera d'appliquer sur les téguments ou d'administrer à l'intérieur des médicaments qui puissent favoriser le développement de l'hyperchromie, et surtout l'arsenic.

Traitement externe. — Les topiques que nous allons indiquer réussissent surtout dans les pigmentations auxquelles nous avons donné le nom de chloasma ; cependant on peut aussi les essayer dans le lentigo (éphélides de Darier) et les autres mélanodermies, quoique les chances de succès ne soient pas alors fort grandes. Le procédé qui nous a jusqu'ici le plus souvent réussi, tout en étant facile et peu douloureux, consiste à frictionner matin et soir les parties malades avec une solution de sublimé au cinq centième ou au trois centième si on peut la supporter, ou bien avec de l'eau oxygénée à 12 volumes neutralisée, puis à appliquer pendant la nuit de l'emplâtre de Vigo ; on l'enlève le matin, et pour faire disparaître les derniers vestiges d'emplâtre, il suffit de frotter doucement la peau avec de l'ouate imbibée d'éther ou avec du cold-cream, du cérat ou du beurre frais. Si la rougeur

des téguments est trop forte, on applique pendant le jour un peu de pommade à l'oxyde de zinc et au sous-nitrate de bismusth, ou bien un fard à base de kaolin, par exemple :

Kaolin		4 grammes.
Vaseline		10 —
Glycérine		4 —
Carbonate de magnésie	ãã	2 —
Oxyde de zinc		

Nous avons souvent ainsi réussi à faire disparaître le masque de la grossesse et de la chlorose.

Kaposi recommande des applications de compresses imbibées d'une solution de sublimé au centième; on les laisse en contact avec les parties malades pendant quatre heures. Il se forme une phlyctène, puis on poudre avec une poudre inerte.

E. Besnier prescrit de frictionner d'abord avec du savon noir, puis d'appliquer parties égales de vaseline et d'emplâtre de Vigo pendant la nuit. Le lendemain, on enlève cette pommade en lavant avec de l'eau chaude, et pendant le jour on applique le fard suivant :

Vaseline		20 grammes.
Carbonate de bismuth	ãã	5 —
Kaolin		

On peut aussi se servir de l'emplâtre de Vigo, de l'emplâtre rouge d'E. Vidal, du lait antéphélique du commerce, de l'eau cosmétique orientale (voir article *Acné*).

Dans le chloasma utérin, on a beaucoup recommandé une préparation renfermant de 15 à 30 centigrammes de bichlorure d'hydrargyre et de chlorhydrate d'ammoniaque pour 120 grammes d'émulsion d'amandes.

Unna recommande d'appliquer son emplâtre de Vigo pendant la nuit. Le lendemain matin, on fait des frictions avec de l'eau de Cologne pour enlever les matières grasses, et on étale ensuite avec un pinceau sur les parties malades le mélange suivant :

Oxyde de bismuth	2 grammes.
Amidon	2 —
Craie	4 —
Onguent de glycérine	10 —
Eau de rose	90 —

M. s. a. (Formule allemande.)

L'onguent de glycérine est composé de : gomme adragante pulvérisée, 1 p. ; — alcool à 50°, 5 p. ; — glycérine, 50 p. — Mélanger la gomme à l'alcool, puis ajouter la glycérine, et chauffer au bain-marie.

On peut aussi se servir, mais avec beaucoup de prudence, des collodions au sublimé au trentième, au vingtième et même au dixième. Ce sont des préparations très actives et d'une grande efficacité, mais fort irritantes.

Comme pommades et pâtes mercurielles on peut prescrire des pommades à base de calomel au quarantième ou au vingtième avec ou sans acide salicylique, des pâtes à base d'oxyde de zinc dans lesquelles on incorpore de un deux-centième à un cent-cinquantième de sublimé : on a employé le nitrate acide de mer-

cure, le chloramidure d'hydrargyre à la dose de 3 gr. 50 à 7 grammes pour 30 grammes d'onguent simple (Duhring).

Telles sont les principales médications à base de mercure.

Voici le traitement que Leloir a recommandé dans les mélanodermies de quelque nature qu'elles soient, y compris les nævi pigmentaires :

« Après avoir bien fait nettoyer la région malade avec du savon noir ou simplement de l'alcool, il applique plusieurs couches de la préparation suivante :

Chloroforme	100 grammes.
Acide chrysophanique	15 —

M. s. a.

« Quand ces couches ont séché, il les recouvre de traumaticine (gutta-percha dissoute dans le chloroforme). Au bout de quelques jours, quand l'enduit se détache, il fait une nouvelle application et ainsi de suite.

« Dans quelques cas (nævi pigmentaires) l'emploi préalable de pommades salicylées destinées à décaper très légèrement la peau, lui a semblé favoriser beaucoup l'action ultérieure de l'acide chrysophanique. »

Les collodions à l'acide chrysophanique au dixième, au quinzième, au vingtième, additionnés ou non d'acide salicylique au vingtième ou au quarantième, agissent de la même manière.

On peut aussi procéder comme pour les acnés rebelles, appliquer une pommade résorcinée forte au savon noir jusqu'à desquamation complète; par exemple :

Résorcine	de 2 à 5 grammes.
Savon noir	de 2 à 3 —
Craie préparée	4 —
Lanoline pure	5 —
Vaseline pure	6 —

Quand les procédés énergiques qui précèdent ont irrité les téguments, on les calme en appliquant une des pommades ou un des fards que nous avons indiqués plus haut.

Parmi les autres topiques préconisés contre les pigmentations nous mentionnerons :

L'acide lactique concentré de Merck que l'on étend de trois fois son volume d'eau, et que l'on applique avec une baguette de verre ou de bois ; le sulfophénate de zinc sous la forme suivante :

Sulfophénate de zinc	4 grammes.
Glycérine	60 —
Alcool à 90°	30 —
Eau de fleurs d'oranger	45 —
Eau de rose	250 —

Appliquer matin et soir.

Les divers acides, acétique, phénique, chlorhydrique, azotique, etc., plus ou moins dilués, par exemple :

Lait virginal	50 grammes.
Glycérine	30 —
Acide chlorhydrique médicinal	5 —
Chlorhydrate d'ammoniaque	4 —

Faire dissoudre.

Toucher les taches matin et soir avec un pinceau imbibé de ce mélange;

L'acide salicylique en pommades ou mieux en emplâtres à la dose de 1 à 2 pour 20 d'excipient (voir plus haut); etc...

Il faut bien savoir d'ailleurs que les taches pigmentaires semblent parfois céde à la médication, mais qu'elles reparaissent dès qu'on cesse le traitement.

Marche a suivre dans un cas d'hyperchromie. — En résumé, quand on est consulté par une personne atteinte d'hyperchromie, il faut tout d'abord lui prescrire les applications d'emplâtre de Vigo ou tout au moins d'emplâtre rouge pendant la nuit ; matin et soir, elle fera des lotions de sublimé et pendant le jour elle mettra sur les parties malades un des enduits protecteurs que nous avons mentionnés.

S'il lui est impossible de faire usage d'emplâtres, elle essayera l'eau oxygénée ou les traitements de E. Besnier et de Kaposi. Si elle est pressée, elle devra faire la cure d'exfoliation.

Enfin, si elle ne veut pas de procédé violent ou ennuyeux, on lui prescrira simplement une des préparations de sublimé ci-dessus indiquées.

ÉLÉPHANTIASIS ET ÉTATS ÉLÉPHANTIASIQUES

Sous le nom d'*éléphantiasis* on désigne depuis les temps les plus reculés un état morbide des téguments caractérisé par une hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané limitée à certaines régions du corps, et par un aspect plus ou moins rugueux et mamelonné de la peau.

Arétée dénomma éléphantiasis une variété d'hyperplasie des jambes appartenant à la lèpre vraie. Rhazès donna le même nom à une autre variété d'hypertrophie des jambes qui n'était nullement de nature lépreuse. Ce fut l'origine de nombreuses confusions.

Enfin peu à peu on arriva à établir une distinction fondamentale entre l'éléphantiasis des Grecs qui était la lèpre, et les autres hypertrophies locales auxquelles on donna le nom d'éléphantiasis des Arabes, et dont nous allons retracer ici le tableau d'ensemble.

Disons tout de suite que le terme éléphantiasis ne sert aujourd'hui qu'à désigner un syndrome qui peut être la résultante d'affections fort diverses. Voici la définition qu'en donnent E. Besnier, A. Doyon et Dominici : « *Hypertrophie régionale chronique à marche extensive et progressive liée :* 1° *à la réaction inflammatoire de l'appareil conjonctivo-vasculaire sanguin et lymphatique, déterminant les œdèmes à sérosité spontanément coagulable, l'hyperplasie du tissu collagène, la multiplication cellulaire*; 2° *à des transsudats séreux simples d'origine mécanique* ».

Cette définition élimine déjà du cadre des éléphantiasis toute une série d'hypertrophies régionales chroniques à marche progressive qui les simulent objectivement d'une manière grossière, et qui, d'après Dominici[1], comprennent : « 1° les néoplasies à types de tumeurs bénignes ou malignes non inflammatoires; 2° les néoplasies provoquées par des infections spécifiques qui déterminent des hétéro-

[1] Article Éléphantiasis et États Éléphantiasiques : *Pratique Dermatologique*, t. II, p. 357.

plasies de types particuliers (gommes et plasmomes syphilitiques, tubercules dus au bacille de Koch, lépromes, acnés hypertrophiques, etc...); 3° les hypertrophies provoquées par les œdèmes simples non inflammatoires. »

Après ces éliminations, nous nous trouvons encore en présence de toute une série de lésions que l'on peut diviser avec E. Besnier et Dominici en deux grands groupes :

1° Le syndrome clinique se développe d'emblée chez un sujet en apparence sain sans affection antérieure appréciable : ce sont les *éléphantiasis proprement dits* ;

2° Le syndrome se développe sur une affection préexistante qu'elle vient modifier et compliquer : c'est ce que E. Besnier a désigné sous le nom d'*états éléphantiasiques*.

ÉTUDE DU SYNDROME CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE, ÉLÉPHANTIASIS PROPREMENT DIT. — Quoique les aspects cliniques en soient presque identiques, il est nécessaire cependant de distinguer deux grandes variétés d'éléphantiasis proprement dits : 1° *ceux qui ne reconnaissent pas pour cause la filariose*; 2° *ceux qui reconnaissent pour cause la filariose*.

I. **Éléphantiasis sans filariose.** — Il est certain que l'éléphantiasis indépendant de la filariose existe aussi dans les pays chauds; il serait donc tout-à-fait erroné de croire que l'éléphantiasis afilarien correspond à ce que l'on a appelé l'éléphantiasis nostras, c'est-à-dire à l'éléphantiasis que l'on observe dans nos régions tempérées. En réalité l'éléphantiasis afilarien doit être subdivisé en éléphantiasis des pays chauds et éléphantiasis nostras.

La description suivante se rapporte à ce que nous avons observé nous-même en France ; nous passerons ensuite rapidement en revue les autres variétés cliniques du syndrome.

A. ÉLÉPHANTIASIS AFILARIEN NOSTRAS.

Symptômes. — Parfois sans aucune cause occasionnelle appréciable, plus souvent à la suite d'un traumatisme, d'un choc portant sur la région intéressée, d'un surmenage, d'un coup de froid alors que le sujet était en transpiration, on voit survenir brusquement un frisson, de la fièvre, un malaise général souvent des plus accentués, puis une région du corps (verge, scrotum chez l'homme, grandes lèvres chez la femme, oreilles, lèvre supérieure, lèvre inférieure, paupières, etc.) rougit, se tuméfie de plus en plus, devient chaude, tendue, est le siège de battements, de sensations de brûlure et de cuisson. Les ganglions lymphatiques du secteur gonflent et deviennent douloureux. Il n'y a pas d'ordinaire de bourrelet nettement accentué à la périphérie de la rougeur; elle s'efface graduellement vers les tissus sains. Il est possible par la pression prolongée de déterminer une cupule œdémateuse dans la partie tuméfiée. Les gros troncs lymphatiques et veineux sont parfois indurés, douloureux ; dans certains cas leur trajet est dessiné par des traînées d'un rouge vif tandis que le reste des téguments est rose pâle.

En somme tous les symptômes sont ceux d'une violente lymphangite réticulaire et tronculaire.

Plus ou moins vite selon les cas et selon les crises tous ces symptômes se calment. La fièvre tombe parfois au bout de douze heures, parfois elle dure en s'atténuant pendant deux, trois, cinq jours et même davantage en affectant le type rémittent quotidien à exaspérations vespérales. Le premier jour elle peut atteindre dans les

cas intenses 39° 5 et même 40 degrés. On lui a vu affecter le type intermittent quotidien ou tierce ou double tierce.

La rougeur, la sensibilité et la tuméfaction disparaissent avec beaucoup plus de lenteur au bout de plusieurs jours. Quelquefois la tuméfaction persiste plusieurs semaines dès la première crise : elle peut même ne pas se dissiper complètement.

L'engorgement des ganglions lymphatiques subit une évolution parallèle.

Quoi qu'il en soit, tout semble peu à peu revenir à l'état normal ou peu s'en faut. Puis, au bout d'un laps de temps qui varie beaucoup suivant les cas (de quelques jours à plusieurs mois), survient un nouvel accès semblable au premier, parfois moins violent, souvent plus traînant dans ses allures, et qui laisse après lui presque toujours quand la fièvre a disparu, de la douleur, de la rougeur, une tuméfaction des tissus beaucoup plus considérable que celle qui a persisté après le premier accès, tuméfaction qui ne se dissipe presque jamais complètement avant le retour d'un troisième accès, et ainsi de suite. De telle sorte que peu à peu la tuméfaction de la partie atteinte augmente progressivement, et que l'on arrive au bout d'un laps de temps variable suivant les sujets à avoir pendant les périodes de repos intermédiaires aux accès aigus une tuméfaction plus ou moins considérable et persistante des tissus : c'est l'éléphantiasis confirmé.

Fig. 22. — Elephantiasis du membre inférieur droit. (Forme lisse.)

Caractères généraux des téguments. — La peau est comme tendue; difficile à plisser, adhérente aux parties sous-jacentes; elle ne peut glisser sur elles. En somme on a, quand on pose la main sur une région atteinte, la sensation d'un empâtement diffus. Parfois les tissus sont durs, lardacés, semblent avoir la consistance du carton : il est difficile par la pression prolongée d'y former une cupule : cet état s'observe en particulier aux membres inférieurs. Parfois au contraire ils sont mous, dépressibles, comme œdémateux, ce qui s'observe surtout à la verge et au scrotum.

La surface des téguments peut être lisse, comme tendue (*pachydermia lævis seu glabra*); sa coloration est alors tantôt d'un blanc mat, tantôt d'un rouge violacé, tantôt un peu bistre (*pachydermia fusca*), ou même franchement brunâtre (*pachydermia nigra*). Parfois elle présente une fine desquamation, et l'épiderme peut avoir un aspect craquelé. Cet état s'observe à la verge, au visage, aux paupières et aux lèvres.

La peau peut au contraire être mamelonnée, irrégulière (*pachydermia tuberosa seu nodosa*). Ces saillies d'aspect assez variable d'ailleurs peuvent être cons-

tituées par des dilatations des capillaires lymphatiques lesquelles se présentent sous la forme de vésicules transparentes du volume moyen d'une petite ou d'une grosse tête d'épingle. Elles semblent posées sur la peau comme de petites perles ou mieux comme des éléments de dysidrose qui seraient saillants. Quand on les pique avec une aiguille, il en sort un liquide transparent, qui n'est autre que de la lymphe, et qui continue à couler pendant un laps de temps assez long.

Parfois ces dilatations lymphatiques s'accompagnent d'épaississement du derme et de l'épiderme. Il se forme alors des saillies mamelonnées, dures, arrondies au

Fig. 23. — Eléphantiasis de la jambe avec papillomatose et varices lymphatiques.

sommet, parfois discrètes et plus ou moins régulièrement hémisphériques, parfois tangentes et quadrangulaires par pression réciproque (*Pachydermia frambœsioïdes*). Elles sont presque toujours recouvertes d'un enduit grisâtre ou noirâtre formé d'un mélange de crasse et de desquamation épidermique, et cet enduit peut être assez épais chez les personnes peu soigneuses pour noyer en quelque sorte les saillies dermo-épidermiques, et empêcher de les distinguer à un examen superficiel. Quand elles ont été débarrassées de cet enduit, on voit que leur coloration varie du rose pâle, parfois même du blanc mat, au rouge foncé, rarement au brun noirâtre. Leur saillie au-dessus du niveau du reste des téguments varie de 2 à 3 millimètres à 15 millimètres et plus. Elles sont donc séparées par des sillons de cette profondeur.

L'aspect est alors fort souvent celui de végétations papillomateuses plus ou moins acuminées, filiformes, irrégulières, ou obtuses (*Pachydermia papillaris seu verrucosa*.) Elles sont parfois engainées d'épiderme corné très adhérent : parfois au contraire l'épiderme est macéré, se détache facilement en laissant à nu les végétations d'un rouge plus ou moins vif.

Dans certains cas, surtout aux membres inférieurs, grâce à des complications, aux traumatismes, à la macération épidermique, etc., il se produit des fissures au fond des plis que nous venons de signaler : il se constitue ainsi peu à peu des ulcérations qui s'étendent, et par lesquelles la lymphe s'écoule avec plus ou moins d'abondance. Ces ulcérations très irrégulières de forme, d'aspect, de largeur et de profondeur, à fond sanieux, mamelonné, se recouvrent de croûtes grisâtres ou noirâtres plus ou moins épaisses. Elle ont très peu de tendance à la cicatrisation.

Fig. 24. — Eléphantiasis de la jambe avec productions papillomateuses accentuées.

Aspect suivant les régions. — Aux *membres inférieurs* l'éléphantiasis est unilatéral ou bilatéral : les deux membres inférieurs sont envahis simultanément ; ou bien, après avoir débuté par un seul membre, l'hyperplasie gagne progressivement la jambe, la cuisse de ce côté, puis la région inguinale, les parties génitales, se propage ainsi à la racine de l'autre membre, et l'envahit par ce procédé.

L'éléphantiasis peut être circonscrit à un segment du membre inférieur ou l'occuper dans sa totalité. Presque toujours il est limité à la jambe, et il atteint son maximum à la partie inférieure de cette région : le pied est intéressé dans ce cas : mais le volume qu'il atteint, quelque considérable qu'il puisse être, est toujours hors de proportion avec celui de la partie inférieure de la jambe.

D'ailleurs toutes les variétés d'aspect sont possibles. Tantôt la forme générale du membre est assez régulièrement cylindrique ; la face dorsale du pied est épaissie : les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané peuvent y atteindre de 2 à 4 centimètres d'épaisseur ; les orteils sont très volumineux, bosselés, mamelonnés, irréguliers, quadrangulaires par pression réciproque. Ils se continuent sans ligne de démarcation nette avec la face dorsale du pied laquelle est parfois lisse, tendue, plus souvent mamelonnée, comme verruqueuse, hérissée de saillies assez irrégulières, arrondies au sommet, quadrangulaires par pression réciproque, souvent enfouies dans une sorte de magma d'un gris noirâtre fait de crasse et de desquamations épidermiques, et qui exhale une odeur d'une horrible fétidité. La face plantaire du pied est d'ordinaire indemne. Ces lésions se continuent avec un

aspect identique sur le bas de la jambe, et il n'y a pour ainsi dire pas de ligne de démarcation entre la jambe et le pied.

Mais assez souvent il n'en est pas ainsi : le bas de la jambe a subi un processus d'hypertrophie considérable : il s'y forme d'énormes bourrelets de 8, 10, parfois même 15 centimètres d'épaisseur qui retombent sur le cou-de-pied et qui en sont séparés par de profonds sillons difficiles à explorer et surtout à nettoyer. Ces masses énormes peuvent être divisées par des sillons verticaux ou transversaux de 5, 8, 10 centimètres de profondeur, qui les séparent en plusieurs lobes principaux fort irréguliers. La surface des téguments aux points les plus atteints est en outre presque toujours parcourue en tous sens d'autres sillons plus petits, quoi qu'ils puissent atteindre de 5 à 15 millimètres de profondeur, fort nombreux, circonscrivant les saillies mamelonnées dont nous avons parlé plus haut, et qui sont pressées les unes contre les autres, et enfouies dans du magma épidermique chez les personnes qui ne prennent pas de soins minutieux d'elles-mêmes.

Fig. 25. — Eléphantiasis nostras de la verge et du scrotum.

Il est rare de trouver de gros lobes mamelonnés à *la cuisse*. L'éléphantiasis y est d'ordinaire constitué par une augmentation considérable de volume du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau qui est rugueuse, chagrinée, d'un blanc mat et d'aspect lardacé.

Vers la région inguinale, il n'est pas rare d'observer à la surface des téguments des sortes de vésicules transparentes du volume moyen d'une petite ou d'une grosse tête d'épingle (voir plus haut) qui ne sont que des dilatations ampullaires de vaisseaux lymphatiques.

Aux *organes génitaux* l'éléphantiasis peut atteindre d'énormes dimensions. Ce n'est cependant pas la règle dans nos pays. Chez l'homme il y affecte le fourreau de la verge qui présente 5, 8, 10 centimètres de diamètre, s'allonge en forme d'énorme battant de cloche, atteint ainsi 15, 20, 25 centimètres de long. Les téguments sont lisses, rarement mamelonnés, parfois sillonnés de grands plis ; au toucher ils donnent une sensation de mollesse, d'infiltration œdémateuse : cependant vers le filet du prépuce qui est très tiraillé et qui donne parfois par son inextensibilité naissance à une courbure à concavité postérieure de tout l'organe on peut percevoir une consistance lardacée.

Le scrotum a des caractères analogues ; son volume moyen dans nos pays varie de celui des deux poings à celui d'une tête d'enfant. La peau est parfois mamelonnée à sa surface, parfois au contraire elle est lisse, tendue, d'un rouge bistre, un peu violacée. Les téguments des régions voisines peuvent subir un commencement de transformation : ces extensions de voisinage se font surtout vers le périnée, la marge de l'anus, un peu moins souvent vers la partie supérieure et interne des cuisses.

Quand les organes génitaux de la femme sont envahis, ce sont d'ordinaire surtout les grandes lèvres qui sont intéressées. Elles ont de 3 à 10 centimètres d'épaisseur : les téguments y sont rugueux, mamelonnés, souvent parsemés de dilatations lymphatiques simulant des vésicules. Les petites lèvres et le capuchon du clitoris subissent aussi parfois des modifications de forme et de volume considérables (voir Duret : sur les lymphangiectasies vulvaires des pays occidentaux : *Journal des Sciences médicales de Lille*, 10, 17 mai 1902).

Fig. 26. — Eléphantiasis de la vulve, avec varices lymphatiques fort accentuées.

L'éléphantiasis nostras est des plus rares *aux membres supérieurs*. Nous l'avons cependant observé en France. Il est d'ordinaire unilatéral, et occupe surtout la face dorsale de la main, des doigts, et tout l'avant-bras. Il ne s'y produit pas d'ordinaire les mamelonnements que nous venons de décrire; la peau est lisse, comme tendue ; elle donne au toucher une consistance élastique. Le membre peut être doublé ou triplé de volume.

Nous l'avons aussi observé *aux fesses* chez la femme. Ces régions sont très augmentées de volume et donnent au palper une sensation d'empâtement diffus. Dans un cas elles avaient plus que triplé ; et elles présentaient des soupçons de vastes mamelonnements séparés par des plis peu profonds.

Fig. 27. — Œdème éléphantiasique de la face consécutif à des poussées érysipélateuses répétées chez une jeune fille.

A la face l'éléphantiasis peut occuper comme nous l'avons dit : a) *les oreilles* où il est unilatéral ou bilatéral ; c'est surtout le pavillon qui est atteint, le lobule est pris, mais il était dans les cas que nous avons étudiés moins hypertrophié qu'on n'aurait pu le croire au premier abord ; b) *les paupières* et surtout les *paupières inférieures* qui arrivent à former deux énormes bourrelets ; c) *les lèvres* et *surtout la lèvre supérieure* ; *d*) enfin toute la *partie centrale de la face, nez* et *parties voisines des joues, des paupières et des lèvres* ; c'est la localisation la plus fréquente, celle qui se développe chez un certain nombre de jeunes filles affligées d'érysipèles à répétitions : dans ce cas les parties atteintes augmentent peu à peu de volume : mais on n'observe pas à la face les mamelonnements cutanés des membres inférieurs : la peau reste d'ordinaire lisse, seulement elle est comme tendue, élastique au toucher.

Complications. — On a signalé des lymphangites, des phlébites, des adénopathies suppurées, des escarres et de profondes ulcérations consécutives.

Marche. Durée. Terminaisons. — D'après la description qui précède, on voit que l'éléphantiasis est une affection éminemment longue et chronique qui procède par poussées aiguës. Ces poussées peuvent être plus ou moins rapprochées, parfois subintrantes, d'où les variétés évolutives qu'on a distinguées : 1° *Éléphantiasis aigu* à poussées érysipélatoïdes subintrantes ; 2° *Éléphantiasis subaigu* à poussées aiguës fréquentes, de telle sorte que les téguments restent dans un état subinflammatoire pendant les courtes périodes intercalaires de repos ; 3° *Éléphantiasis chronique* qui est la forme habituelle, celle que nous venons de décrire.

Il y a des éléphantiasis considérables qui se développent progressivement sans qu'il y ait de poussées aiguës érysipélatoïdes objectivement appréciables. Parfois ces poussées sont tout à fait atténuées et simplement caractérisées par un malaise général et une sensation d'engourdissement local.

La durée de l'éléphantiasis est indéterminée. Sa guérison spontanée est assez exceptionnelle, sauf à la face où les poussées érysipélatoïdes peuvent cesser de se produire au bout d'un laps de temps variable, de trois à cinq ans en moyenne. Aux parties génitales et aux membres inférieurs, l'affection continue d'ordinaire à s'aggraver progressivement; de telle sorte que son pronostic est relativement sombre, puisqu'elle aboutit fréquemment à l'impotence fonctionnelle, à l'impuissance génitale, à des nécroses, à des ulcérations, à des infections secondaires.

B. Éléphantiasis afilarien des pays chauds. — Cette variété ne nous paraît pas digne d'une description à part. En somme, quoiqu'on en ait dit, sa symptomatologie est celle de l'éléphantiasis afilarien nostras, mais très exagérée comme intensité d'accidents morbides.

Dans les pays chauds, les jambes atteignent un volume énorme, le scrotum peut avoir des dimensions gigantesques, descendre jusqu'aux genoux, à mi-jambe. Les bras subissent aussi des déformations inconnues dans nos climats. En un mot l'élément œdémateux et hypertrophique semble beaucoup plus développé dans les pays chauds que dans les pays tempérés où l'élément sclérose est le plus important.

Anatomie pathologique. — D'après ce qui précède, on comprend que les lésions anatomiques de l'éléphantiasis peuvent présenter deux aspects principaux : dans l'un c'est l'œdème et l'hyperplasie conjonctive qui prédominent, dans l'autre c'est la sclérose (Dominici).

1° *Hypersarcose avec prédominance d'œdème*[1]. — Sur une coupe les tissus ont l'aspect que leur donnerait la congélation ou l'injection interstitielle de gélatine (Renaud). Le derme peut atteindre de 2 à 3 centimètres d'épaisseur, l'hypoderme de 2 à 10 centimètres. En comprimant les tissus on fait sourdre de la coupe un liquide inflammatoire, spontanément coagulable, mélange de lymphe et de sérosité d'œdème qui provient en partie des vaisseaux lymphatiques dilatés, en partie des mailles du tissu conjonctif.

2° *Hypersarcose avec prédominance de sclérose.* — « Ici les tissus sont résistants à la coupe, ils crient sous le couteau. La peau, l'hypoderme, les muscles eux-mêmes font corps jusqu'à l'os, car une gangue fibreuse à tractus irréguliers, associe entre elles les différentes couches dont nous venons de parler. Au-dessous de l'épiderme aminci ou hyperkératinisé, la zone papillaire est amincie et plane,

[1] Voir pour de plus amples détails l'article Éléphantiasis de la *Pratique Dermatologique* par Dominici, article auquel nous faisons pour l'anatomie pathologique de larges emprunts.

ou au contraire hypertrophiée, exubérante, papillomateuse. Le derme épaissi et dur, mais infiltré de suc transparent, est tantôt blanchâtre, tantôt pigmenté. Il peut être creusé de cavités lymphatiques ou sanguines lui donnant un aspect aréolaire comparable à celui du bois vermoulu (Rindfleisch).

« Le tissu cellulaire sous-cutané plus ou moins hyperplasié est profondément remanié. C'est à ce niveau un aspect lardacé, une induration notable, une substitution de traînées fibreuses denses au tissu musculaire et graisseux, traînées fibreuses soudant le derme à l'hypoderme, l'hypoderme à l'aponévrose.

« De l'aponévrose elles irradient dans l'épaisseur des muscles qu'elles cloisonnent et se confondent finalement avec le périoste hypertrophié recouvrant des os parfois déformés... » (Dominici, *loc. cit.*, p. 374).

Les gros vaisseaux, artères et veines, peuvent être chroniquement enflammés et épaissis. Les gros troncs lymphatiques peuvent être ectasiés, les ganglions lymphatiques sclérosés.

Les capillaires et les petits vaisseaux lymphatiques, les capillaires sanguins et même les veinules et les artérioles sont atteints « d'endo et de périvascularites avec thromboses récentes ou anciennes fibrino-leucocytiques ou conjonctives ». (Dominici.)

Les cellules fixes du tissu conjonctif subissent un processus d'hyperplasie et de prolifération des plus accentués ; il y a diapédèse de leucocytes polynucléaires, et même d'hématies : on trouve en outre des plasmazellen et des cellules macrophages. Il y a donc un processus inflammatoire évident. En outre le tissu conjonctif tend à se reformer sans réseau élastique et aboutit en fin de compte au tissu fibreux (Dominici).

Suivant la prédominance de l'œdème, des dilatations lymphatiques, des proliférations cellulaires, on a les variétés dites éléphantiasis des pays chauds ; suivant la prédominance du processus scléreux on a les variétés dites éléphantiasis nostras. Si les capillaires sanguins sont fort dilatés et arrivent à former des dilatations pseudo-kystiques, on a la variété dite *éléphantiasis télangiectode*. Si les vaisseaux lymphatiques sont fort dilatés, on a la variété dite *lymphangiectode*.

Étiologie et pathogénie. — L'éléphantiasis afilarien est rare dans nos pays, mais il y existe, et, pour notre part, nous l'avons assez souvent observé. Nous ne pouvons rien dire de précis sur les causes qui président à son développement. Il nous a paru à peu près aussi fréquent chez l'homme que chez la femme : chez l'homme il survient surtout à la verge et au scrotum, chez la femme aux membres inférieurs et à la face.

Il est fréquent dans toute la région des tropiques, dans la zone comprise entre le 30e degré de latitude Nord et le 35e degré de latitude Sud. Il ne semble pas possible d'établir une relation de cause à effet entre cette affection et la malaria ; cependant elle sévit surtout dans les localités marécageuses, chez les sujets surmenés, exposés à des traumatismes incessants.

En 1892 Sabouraud a démontré de la façon la plus nette chez un malade que le streptocoque de Fehleisen existait dans le sang des régions qui étaient le siège d'une poussée aiguë d'éléphantiasis. Cette découverte, de la plus haute importance, explique de la manière la plus éclatante la symptomatologie de l'affection.

Depuis lors on a retrouvé le streptocoque dans l'éléphantiasis afilarien des pays chauds.

Malheureusement il ne nous est pas possible de faire du syndrome que nous

venons de décrire une manifestation pure et simple de la streptococcie, car des recherches précises ont prouvé (Rénon, Veillon) que d'autres microbes que le streptocoque peuvent provoquer l'apparition de l'éléphantiasis nostras, et que le streptocoque ne s'y retrouve pas toujours (J. Guillet, pathogénie de l'éléphantiasis, *thèse de Lyon*, 1904).

En outre, comme le dit fort bien Dominici, rien ne permet d'affirmer que l'infection microbienne soit l'unique facteur pathogénique possible de cette affection. On peut encore soutenir que des auto-intoxications ou qu'un état anormal des systèmes nerveux et circulatoires soient susceptibles de lui donner naissance[1].

II. **Éléphantiasis filarien.** — Il semble prouvé qu'une partie des éléphantiasis des pays chauds dépend de la filariose. « Cette pathogénie spéciale est démontrée par la transformation du lympho-scrotum en état éléphantiasique et par la présence du parasite filarien dans les tissus éléphanciés » (Dominici).

Il est hors de doute à l'heure actuelle qu'on voit se développer de l'éléphantiasis chez des individus atteints de filariose. « Chez eux on observe l'Adéno-lymphocèle, l'hémochylurie, le lymphoscrotum d'une part, l'éléphantiasis d'autre part ». Donc des individus atteints de bosselures inguinales (adéno-lymphocèles) dues à des dilatations lymphatiques tenant à la présence dans le sang d'embryons de filaire voient se développer aux membres inférieurs des lésions d'éléphantiasis. De même un lymphoscrotum pur caractérisé par des cordons bosselés réductibles par la pression, par des sortes de vésicules transparentes, avec ou sans varicocèle lymphatique, peut aboutir à un véritable éléphantiasis des bourses.

Les caractères particuliers à ces éléphantiasis d'origine filarienne sont les suivants : 1° ils ont l'aspect clinique de l'éléphantiasis des pays chauds ; ils peuvent donc atteindre un volume considérable ; 2° les éléments œdème et dilatation lymphatique prédominent chez eux ; 3° on peut observer chez les sujets qui en sont atteints les autres manifestations de la filariose ; 4° on peut trouver, surtout vers les onze heures du soir, minuit, des filaires dans le sang du malade, ou dans les mailles du tissu conjonctif, etc.

On devra soupçonner la possibilité de l'éléphantiasis filarien toutes les fois qu'il s'agit d'un malade venant d'un pays où sévit la filariose. Les caractères que nous venons d'énumérer, et surtout la recherche des embryons de filaire dans le sang pendant la nuit, permettront d'établir le diagnostic.

Étiologie. Pathogénie. — L'éléphantiasis filarien est une maladie des tropiques. L'humidité du sol pendant la saison des pluies et l'habitude qu'ont les indigènes d'aller pieds nus sont des causes prédisposantes. Tous les éléments d'une mauvaise hygiène jouent un rôle dans l'étiologie de cette affection. Toutes les professions qui obligent à travailler dans des endroits humides y prédisposent.

Les recherches de Wucherer, de Lewis, de Manson ont prouvé que dans cette variété d'éléphantiasis des pays chauds, on retrouve dans le sang un parasite

[1] Voici les conclusions de Froment et Jambon (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 juillet 1904). « Il faut qu'il y ait une inflammation pour que l'éléphantiasis se produise ; mais les recherches bactériologiques ne permettent pas encore ni de préciser la nature de cette inflammation, ni en particulier de la rattacher au streptocoque. Par contre l'étude clinique montre que la notion d'érysipèle antérieur est fréquente, mais non constante. Il semble que l'on doive admettre que toute infection de nature quelconque et d'origine exogène ou endogène, doit pouvoir, surtout lorsqu'elle est associée à la stase sanguine ou lymphatique, produire un éléphantiasis. » (Voir en outre Carle et Jambon : *Gazette des hôpitaux*, 24 décembre 1904.)

microscopique, l'embryon de la *filaria sanguinis hominis*, que l'on ne peut observer que la nuit, et qui a environ 125 μ de longueur sur 7 à 8 μ de diamètre : il est lisse et transparent et il paraît comme enveloppé d'un mince étui sans ouverture ; il est très mobile sous la lamelle du microscope. Ces embryons sont sucés par les moustiques femelles (culex mosquito) quand elles piquent les sujets atteints d'éléphantiasis. L'embryon ainsi absorbé par les moustiques subit trois métamorphoses rapides dans le corps de ces moustiques et est devenu un animal de 1 millimètre de long sur 50 μ de large quand le moustique meurt. Il s'échappe alors du corps du moustique quand celui-ci est venu mourir dans un marécage et vit dans l'eau pendant quelque temps. Il suffit de boire de l'eau infectée, ou peut-être même de s'y baigner pour s'exposer à être contaminé. Il pénètre alors très probablement dans le système lymphatique et il y atteint son complet développement. C'est en effet dans les lymphatiques que Bancroft, Silva Araujo, Manson, etc., l'ont trouvé à l'état adulte. On connaît bien la femelle qui est un ver blanc, lisse, de 8 à 10 centimètres de long sur 0mm,3 de diamètre. Cette femelle bourrée d'œufs les déverse dans la lymphe et ils s'y développent sous la forme d'embryons.

« D'après Low le rôle des moustiques ne serait pas tout à fait celui que nous venons de décrire. Quand le moustique femelle a piqué le malade et sucé des embryons de filaire, l'embryon vit quelque temps dans l'estomac du culex, puis il perd sa gaine, traverse la paroi stomacale, tombe dans la cavité générale et arrive dans l'intervalle des fibres des muscles thoraciques de l'insecte, où il reste un certain temps, pendant lequel il grandit. Bientôt, au bout de dix-huit jours environ, la larve chemine à la partie antérieure du thorax, puis dans la tête du moustique. Elle pénètre dans la cavité inférieure du labium ou gaine de la trompe, où elle se trouve emprisonnée. Quand le culex ainsi infecté pique un individu sain, la gaine de la trompe se fend en se repliant, et les larves de filaires sont déposées dans la petite plaie. Elles se logent dans les lymphatiques et s'y développent pour devenir adultes » (Neveu- Lemaire).

C'est ce même parasite qui produit la chylurie. Il y aurait donc un état éléphantiasique bien déterminé qui se rattacherait à la *filariose*, maladie parasitaire dont les autres manifestations morbides seraient la *chylurie*, le *lympho-scrotum*, les *varices molles*, l'*hypertrophie des ganglions de l'aine*, les *abcès lymphatiques*, les *épanchements laiteux des séreuses*, *les hydrocèles à liquide chyliforme*, etc.

Voici comment d'après Manson on peut établir la pathogénie de tous ces accidents : dans certains cas les œufs ou les embryons de filaire déterminent l'obstruction de la circulation lymphatique dans les ganglions soit directement, soit en produisant de l'inflammation.

Si l'obstruction est partielle, il en résulte des varicosités lymphatiques, et les filaires arrivent dans le sang ; c'est ainsi que se produisent le lympho-scrotum, la chylurie, les varicosités des ganglions lymphatiques.

Si l'obstruction est complète, il peut se produire une rupture des lymphatiques et une lymphorragie, sans qu'il y ait de filaires dans le sang, ou bien il peut se produire une stase complète de la lymphe avec éléphantiasis, toujours sans filaires dans le sang.

III. **États éléphantiasiques**. — D'une manière théorique la distinction que nous avons établie plus haut d'après les auteurs classiques entre les éléphantiasis vrais primitifs et les états éléphantiasiques qui se développent secondairement à des lésions préexistantes est nette et semble devoir être toujours aisée : il n'en est pas

constamment ainsi en pratique; surtout lorsqu'il s'agit d'états éléphantiasiques consécutifs à de la gêne de la circulation veineuse ou lymphatique.

Quoi qu'il en soit, voici d'après les auteurs classiques quelles sont les principales conditions pathogéniques dans lesquelles se développent les états éléphantiasiques.

1° *États éléphantiasiques secondaires à un obstacle à la circulation de la lymphe.*

a) Les troncs lymphatiques sont comprimés par une tumeur, ou par une dégénérescence des ganglions lymphatiques; *b*) Le cours de la lymphe est gêné par une simple altération des parois des vaisseaux lymphatiques, qui peuvent même être dilatés, mais qui ont perdu toute contractilité.

Dans ces cas il se produit pour ainsi dire toujours tout d'abord un œdème mou de la région d'où proviennent les lymphatiques intéressés; peu à peu se développent des dilatations des capillaires lymphatiques sous la forme de petites vésicules transparentes (voir plus haut), puis des petits troncs lymphatiques sous la forme de cordons bosselés plus ou moins irréguliers et réductibles. Surviennent ensuite des poussées de lymphangites et tout le cortège d'accidents que nous avons décrits plus haut, et l'état éléphantiasique se développe avec tous ses caractères distinctifs. (Cette forme simule d'ordinaire, d'après Dominici, l'éléphantiasis des pays chauds.)

2° *États éléphantiasiques secondaires à un obstacle à la circulation veineuse.*

a) Cet obstacle peut être périphérique et tenir à des varices ou à des phlébites; *b*) il peut être central et tenir à une affection cardiaque, insuffisance mitrale ou myocardite avec artériosclérose généralisée.

Dans ces cas il se produit tout d'abord des œdèmes spéciaux, œdèmes blancs et durs des phlébites, œdèmes mous d'abord, puis de plus en plus scléreux avec altérations dermo-épidermiques des variqueux; œdèmes mous, fugaces d'abord, puis prenant de plus en plus l'aspect des œdèmes variqueux chez les cardiaques. Puis peu à peu, surtout si des poussées de lymphangite surviennent, la peau s'altère de plus en plus, se ride, se plisse, se mamelonne, et les jambes prennent progressivement l'aspect de l'éléphantiasis afilarien nostras à forme scléreuse.

3° *États éléphantiasiques mixtes secondaires à des obstacles à la circulation lymphatique et veineuse.* — Nous serons brefs sur ce point qui est cependant de la plus grande importance. Ce sont en effet presque toujours des états éléphantiasiques de cette nature, c'est-à-dire mixtes, qui se développent si fréquemment aux membres supérieurs chez les femmes atteintes de cancer du sein avec propagation au creux axillaire. On y retrouve à la fois les symptômes des deux variétés précédentes; mais c'est l'élément œdémateux blanchâtre, avec hyperplasie considérable, qui domine d'ordinaire dans ces cas.

4° *États éléphantiasiques secondaires à des ulcérations ou à des néoplasies.* — C'est dans cette catégorie que rentrent les états éléphantiasiques si nombreux qui compliquent les ulcères de jambe. Mais en réalité il s'agit presque toujours ici de formes mixtes, car ces ulcères s'accompagnent de varices et de thromboses des petites veines. Grâce à des poussées lymphangitiques récidivantes l'induration des téguments se développe dans ces conditions avec une déplorable facilité[1].

[1] Nous pensons qu'il ne faut pas banaliser l'expression de *États éléphantiasiques*, et qu'il ne faut pas l'attribuer à tous les cas dans lesquels on voit un néoplasme, une ulcération ou une lésion osseuse se compliquer d'un peu d'œdème avec une légère infiltration des téguments et de l'hypoderme. Pour qu'il y ait « État éléphantiasique » il faut qu'il y ait l'aspect clinique et l'évolution du syndrome décrit plus haut sous le nom d'éléphantiasis.

Diagnostic. — Comme pour tous les syndromes, le diagnostic de l'éléphantiasis comprend deux parties : 1° Le diagnostic du syndrome lui-même; 2° le diagnostic de la cause du syndrome.

1° *Diagnostic du syndrome.* — Au début il est impossible de distinguer une crise aiguë, symptôme premier de l'éléphantiasis, d'une lymphangite ou d'un érysipèle simple. Mais, dès que l'on voit une poussée lymphangitique laisser, après la disparition de la rougeur, des tuméfactions persistantes, il faut soupçonner l'éléphantiasis.

L'éléphantiasis confirmé diffère des *tumeurs* de toute nature par la diffusion habituelle de ses lésions, par l'adhérence des téguments aux plans sous-jacents. Un état éléphantiasique peut venir compliquer une tumeur, comme nous l'avons vu plus haut, mais il est presque toujours possible dans ce cas par les commémoratifs et par l'examen attentif du malade d'établir la filiation des phénomènes morbides.

Il y a des *nævi mollusciformes* géants qui ont été considérés comme des *éléphantiasis congénitaux*. L'histoire de l'éléphantiasis congénital est encore des plus obscures. Certains faits ont été publiés qui semblent établir que le nouveau-né peut être atteint d'éléphantiasis véritable : mais ces cas sont des plus rares, et la plupart des observations connues d'éléphantiasis congénital sont des angiomes, des lymphangiomes, des lipomes, des nævi mollusciformes gigantesques, et non de véritables éléphantiasis

Les *œdèmes circonscrits* (type Quincke) diffèrent de l'éléphantiasis par leur circonscription, leur rapidité d'évolution (voir ce mot).

Les *œdèmes chroniques vrais* (rhumatismaux, névropathiques, cardiaques, etc.) en diffèrent par l'aspect parfaitement lisse des téguments, la consistance tout à fait molle des tissus dans lesquels le doigt pénètre comme dans du beurre, par l'absence de lymphangite, d'accès aigus érysipélatoïdes, d'adénopathies, de lymphangiectasies et de lymphorrhée, de phlébites, de papillomatose cutanée, etc.

Il y a des œdèmes chroniques qui s'organisent et passent à l'état de *pseudo-lipomes* : leur consistance devient alors plus ferme, mais elle est comme élastique, et d'ailleurs leur circonscription, leurs localisations, l'intégrité des téguments, etc., permettront toujours, même dans ce cas, de faire le diagnostic.

Certaines lésions osseuses ou même cutanées de la syphilis tertiaire, de la tuberculose, ou de *la lèpre* se compliquent assez souvent d'états éléphantiasiques. Cette notion est d'une importance capitale, surtout quand il s'agit de syphilis ou de tuberculose locale, car, par un traitement approprié on peut obtenir une guérison rapide de lésions qui ne font que s'aggraver si on en méconnaît la nature.

2° *Diagnostic de la cause du syndrome.* — Ce que nous venons de dire indique suffisamment qu'en présence de lésions d'éléphantiasis, il faut tout d'abord rechercher s'il s'agit d'un état éléphantiasique secondaire à une lésion antérieure, ou d'un éléphantiasis primitif.

On examinera donc toujours le malade avec le plus grand soin, on s'informera du mode de début de l'affection, et si les lésions se sont développées secondairement à un état morbide antérieur, on tâchera de préciser la nature de la maladie originelle et de la soigner afin de s'attaquer à la source même du mal (voir plus haut).

S'il est impossible de découvrir une maladie primitive cause première d'un état éléphantiasique secondaire, on conclura à un éléphantiasis primitif et on tâchera dès lors d'en déterminer la nature.

Nous avons vu plus haut qu'il faudra soupçonner la filariose dans les pays

chauds, dans ceux où règne la filaire et surtout s'il existe chez le malade d'autres symptômes de filariose.

Il sera préférable de pratiquer en tous cas l'examen du sang des parties malades pendant la première moitié de la nuit.

Si l'on se trouve en présence d'un éléphantiasis afilarien on devra faire la culture du sang et de la lymphe pour essayer de préciser si c'est le streptocoque ou tout autre microbe qui est la cause de l'affection[1].

Traitement. — *Traitement interne*. — Il est pour ainsi dire impossible de formuler un traitement interne raisonné de l'éléphantiasis : ce qui se comprend sans peine puisque cette affection n'est pas une et bien définie, et n'est en réalité qu'un résultat. C'est ainsi qu'on a inutilement essayé les arsénicaux, l'iodure de fer, l'iodure de potassium, la quinine, l'ergotine, la belladone, la digitale, etc.

On peut cependant être fort utile au malade en lui prescrivant une hygiène rigoureuse : il devra changer immédiatement de climat, s'il habite un pays chaud où l'éléphantiasis soit endémique; il s'abstiendra de boissons alcooliques, d'aliments irritants pour la peau. Il prendra des soins minutieux de propreté et se lavera une ou plusieurs fois par jour avec des liquides aseptiques, avec de l'eau oxygénée ou de l'alcool dilués. Il évitera avec le plus grand soin les refroidissements et toutes les autres causes occasionnelles de poussées lymphangitiques. Si ce sont les membres inférieurs qui sont atteints, il se tiendra le moins possible debout, et, s'il est obligé de le faire, il portera des bas lacés.

Les iodures semblent donner parfois d'assez bons résultats et favoriser quelque peu la résorption des néoplasies.

Comme traitement des poussées lymphangitiques, on conseille de purger et même de faire vomir pour peu qu'il y ait des phénomènes d'embarras gastrique.

On a proposé de faire des saignées générales ou locales ; nous recommandons surtout de donner le sulfate de quinine à hautes doses pour tâcher de couper les accès fébriles.

Traitement externe. — Au moment des poussées, on tiendra la partie atteinte dans le repos absolu, un peu surélevée pour faciliter l'écoulement des liquides. On appliquera des cataplasmes de fécule ou de farine de graine de lin déshuilée, faits avec de l'eau boriquée ou tout au moins bouillie, et arrosés d'alcool, ou bien on se servira de compresses trempées dans de l'eau blanche, dans de l'alcool dilué, dans de l'eau oxygénée diluée, etc., etc. Quelques auteurs conseillent de badigeonner avec du collodion en dépassant les limites du mal.

Il nous a paru que les badigeons répétés avec des solutions d'ichthyol au 1/10 ou au 1/5 ou des applications de pommades renfermant 1/10 d'ichthyol pour parties égales de lanoline et de vaseline constituaient des topiques excellents contre les poussées lymphangitiques.

Contre l'éléphantiasis confirmé, on a proposé beaucoup de méthodes qui peuvent se ramener à six principales, si nous laissons de côté l'excision partielle du nerf sciatique qui aurait été pratiquée avec un certain succès par Morton :

1° *La ligature de l'artère du membre;* 2° *la compression de l'artère du membre;* 3° *l'ablation de la partie malade;* 4° *les scarifications linéaires;* 5° *la compression élastique du membre;* 6° *l'électrisation.*

[1] Nous avons vu qu'il n'est pas impossible que des éléphantiasis se développent en dehors de toute infection microbienne : mais toutes ces questions réclament de nouvelles recherches précises.

1° et 2° *La ligature de l'artère du membre et la compression digitale de l'artère* sont deux méthodes fort discutées et fort discutables. (Voir les ouvrages de chirurgie.) Elles semblent avoir donné quelques résultats heureux, mais elles présentent de tels inconvénients et de telles incertitudes de succès qu'elles ont été presque généralement abandonnées.

3° *L'ablation de la partie malade* est une mesure radicale qui doit être conseillée dans certains cas, en particulier dans l'éléphantiasis limité au scrotum, au prépuce et aux grandes lèvres. Nous ne disons rien du mode opératoire, car c'est du ressort de la chirurgie.

4° *Les scarifications linéaires* trouvent parfois leur indication dans les périodes de début de l'affection, quand elle a une marche fort lente, comme cela s'observe assez souvent dans les éléphantiasis de nos pays, et lorsqu'il persiste un noyau induré ou œdématié entre les poussées lymphangitiques : on les combine d'ordinaire avec les pulvérisations prolongées faites avec de l'eau bouillie, ou de l'eau très légèrement sulfureuse, ou phéniquée au 1/500, au 1/250, ou résorcinées au 1/1000.

5° *La compression élastique du membre* malade est un excellent procédé qui donne presque toujours des résultats, sinon parfaits, du moins satisfaisants. On l'associe d'ordinaire à divers autres moyens thérapeutiques qui agissent dans le même sens, tels que les *frictions*, le *massage méthodique* (que nous ne saurions trop recommander), les *douches sulfureuses chaudes*, les *douches de vapeur*, les *pulvérisations* (voir plus haut), les *bains alcalins ou sulfureux*, etc... Les ulcérations superficielles ne sont pas une contre-indication à la compression, mais s'il y a des plaies trop profondes, trop suintantes, si elles se compliquent de gangrène, il vaut mieux les panser pendant un certain temps et même tâcher d'obtenir leur cicatrisation avant d'appliquer le bandage compressif.

Hébra conseille de traiter d'abord les phénomènes inflammatoires par des topiques appropriés : « Il emploie des cataplasmes, des bains tièdes, des embrocations avec de l'huile, de la graisse ou des onguents pour ramollir et faire disparaître les amas épidermiques et les croûtes. Il fait ensuite pratiquer des frictions d'onguent mercuriel, et tenir la partie malade dans la position horizontale ou mieux un peu élevée.

Quand le membre est préparé à subir l'action de la compression, on peut se contenter d'un bandage ouaté compressif, mais il est préférable d'appliquer pardessus ce bandage, d'après les règles que l'on trouvera dans tous les traités de chirurgie, une bande de caoutchouc que l'on surveille, et que l'on remet tous les matins : on exerce ainsi sur le membre des pressions continues régulières de plus en plus fortes.

6° Les médecins brésiliens, qui ont à traiter beaucoup d'éléphantiasis, ont préconisé l'*électrisation des parties malades*. D'après les Drs Moncorvo et Silva da Araujo, les courants continus auraient pour effet de ramollir les tissus indurés, et les courants intermittents provoqueraient la résorption des tissus ainsi modifiés. Quand ils se servent de l'électricité galvanique, ils mettent le pôle négatif sur les points malades, et le pôle positif sur les tissus sains à une certaine distance. La durée de chaque séance varie de cinq à trente minutes (voir, pour plus de détails, les traités d'électrisation).

C'est surtout l'électrolyse négative ou bipolaire que nous avons essayée dans les cas d'éléphantiasis nostras que nous avons eu à traiter jusqu'ici, et ce procédé nous a donné quelques résultats. Il nous a semblé qu'il arrêtait la marche enva-

hissante de l'affection, et qu'il en favorisait parfois la régression. D'après ce que nous savons maintenant des courants et des effluves de haute fréquence il nous semble qu'il serait indiqué de les employer.

ESTHIOMÈNE

Le nom d'*Esthiomène* a été donné par Huguier en 1848 à des ulcérations chroniques de la vulve accompagnées d'hypertrophie éléphantiasique des parties avoisinantes (Dubreuilh, *Pratique Dermat.*).

Bernutz en 1874 et Fiquet en 1876 affirment que l'esthiomène est le lupus de la vulve. Cette opinion a semblé prévaloir pendant un certain temps. En 1889 Jacobi « considère l'esthiomène comme une ulcération banale survivant à un chancre mou et entretenue par une série de mauvaises conditions locales ». Dubreuilh et Brau en 1894, Koch en 1896, Barbour et Walker, Verchère, Bandler étudient sucessivement l'esthiomène et en font « un ulcère chronique non spécifique à point de départ variable entretenu par des conditions locales et générales défectueuses » (Dubreuilh).

Jusqu'à plus ample informé l'esthiomène ne doit donc être considéré que comme un syndrome; mais toute cette question est à reprendre.

Symptômes. — L'esthiomène est essentiellement constitué au point de vue objectif par des ulcérations et par une hypertrophie éléphantiasique des tissus.

Les ulcères siègent d'ordinaire à la commissure postérieure de la vulve, vers la fourchette, vers le méat uréthral, au fond des sillons qui séparent les grandes lèvres des petites lèvres et celles-ci de l'entrée du vagin. Ils peuvent avoir toutes les formes et tous les aspects : superficiels au début, irréguliers, sécrétant un liquide presque toujours fétide, à fond rouge marbré de jaune, ils deviennent peu à peu plus étendus, plus profonds. Parfois cependant ils restent superficiels, à bords calleux, mamelonnés; parfois ils sont étroits, fissuraires; parfois ils offrent des végétations polypiformes; parfois ils sont térébrants, phagédéniques, détruisent le périnée, les petites lèvres, le méat, etc...

Ils sont entourés de tissus épaissis, infiltrés, quasi éléphantiasiques, souvent mamelonnés, rouges ou violacés, ou d'un rose pâle. C'est ainsi que le clitoris déformé peut atteindre le volume d'un œuf de poule et même davantage; les grandes lèvres forment deux énormes bourrelets; il en est de même des petites lèvres quand elles sont intéressées. L'urèthre peut être maintenu béant, et il peut y avoir de l'incontinence des urines; l'anus est rétréci ou maintenu béant, etc...

Malgré leur énormité, ces lésions sont peu ou point douloureuses; mais elles exhalent une odeur fétide, ce qui ce conçoit, car elles sont constamment baignées par l'urine, les écoulements vaginaux et les sécrétions des ulcères.

La maladie s'aggrave lentement, progressivement, ou par poussées coïncidant d'ordinaire avec des lymphangites. L'incurie et la malpropreté favorisent l'évolution : les soins minutieux, les lavages et le repos donnent au contraire de l'amélioration.

Étiologie. — L'esthiomène est donc à un certain point de vue une maladie de l'incurie et de la misère. Et de fait on l'observe chez des femmes adultes, alcooliques, mal nourries et peu fortunées. La plupart ont eu de nombreux enfants, des maladies vénériennes diverses.

Pour Jacobi l'esthiomène débuterait le plus souvent par un chancre mou qui guérirait en tant que plaie virulente et laisserait des ulcérations inflammatoires et traumatiques simples. Bandler et Rille font jouer un rôle analogue à la syphilis tertiaire. Koch incrimine la gêne de la circulation lymphatique : ses malades avaient subi l'ablation de ganglions inguinaux ou avaient eu des adénites chroniques. Audry et Dalous soutiennent la même opinion (Esthiomène ano-recto-vulvaire et lymphangiomes : *Journal des mal. cut. et syphil.*, février 1903, p. 86). Il est évident que toutes ces conditions pathogéniques peuvent s'observer et concourir avec l'incurie des malades à constituer les lésions.

Diagnostic. — Il n'y a qu'un diagnostic pathogénique à essayer de poser en présence d'un cas d'esthiomène. En s'appuyant sur l'analyse de l'aspect des lésions, sur l'histologie, la bactériologie et les commémoratifs, on tâchera de préciser les causes premières de la maladie.

Traitement. — La médication devra découler de cette enquête. S'il y a de la syphilis antérieure on instituera le traitement hydrargyrique.

En tout cas il est indispensable d'imposer aux malades le repos, de leur donner des toniques et une bonne alimentation, de leur faire des nettoyages soigneux plusieurs fois par jour avec de l'eau bouillie simple ou très faiblement antiseptisée pour éviter les irritations locales. On pansera les plaies avec de l'aristol, de l'iodol, du sous-carbonate de fer, de l'ektogan, etc... On les touchera avec des solutions faibles de bleu de méthylène ou de nitrate d'argent : on isolera les unes des autres les régions malades.

Parfois on doit exciser les végétations trop exubérantes. Peut-être la radiothérapie ou l'électrolyse pourraient-elles donner des résultats contre les hypertrophies éléphantiasiques.

Il convient de continuer longtemps des soins d'hygiène minutieux pour prévenir des récidives.

A côté de l'esthiomène il convient de signaler une affection spéciale qu'ont décrite Daniels et Conyers (de Demerara), Galloway, Powell, et qui *siège aux parties génitales de la femme dans les pays chauds*. « La maladie débute par des papules qui s'accroissent, atteignent le volume d'une noisette, puis s'ulcèrent. Il se forme ainsi une surface granuleuse végétante et saignante qui finit par guérir en laissant des cicatrices dures, pigmentées, rétractiles, qui généralement s'ulcèrent à nouveau. La maladie dure ainsi pendant des années. » (Résumé de Dubreuilh.) (Voir *granulome ulcéreux des organes génitaux* dans la section des dermatoses probablement microbiennes à microbes inconnus.)

FOLLICULITES ET PÉRIFOLLICULITES

Le mot de *folliculite* créé par Hardy signifie *lésion inflammatoire du follicule pilo-sébacé* et *du follicule sudoripare*, quelle qu'en soit la nature. Si l'on veut en constituer un groupe morbide, on voit donc qu'il ne peut être que fort artificiel, et qu'il est immense. On devrait en effet y ranger toutes les inflammations superficielles et profondes, aiguës et chroniques du follicule pileux, des glandes sébacées et sudoripares. Mais, par une sorte de convention tacite, on s'est entendu pour réserver cette dénomination aux seules inflammations du follicule pilo-sébacé (voir plus loin l'article *glandes sudoripares*).

Malgré cette restriction, le groupe artificiel des folliculites reste des plus confus : il devrait comprendre en effet :

A. Des *processus torpides d'inflammation qui*, du moins à l'heure actuelle encore, *semblent être amicrobiens* comme la *kératose pilaire*, le *pityriasis rubra pilaire*, certaines localisations *du lichen plan*.

B. Des *processus subaigus d'inflammation* qui semblent être en relation avec des *infections générales de l'organisme* peut-être par des toxines microbiennes comme les *tuberculides folliculaires*, le *lichen scrofulosorum* en particulier, comme certaines variétés *de syphilides* (syphilides lichéniennes, acnéiques, périfolliculaires, etc...)

C. Des *processus subaigus et surtout aigus d'inflammation d'origine très probablement parasitaire et microbienne* comme beaucoup d'affections parasitaires des poils, comme les suppurations périfolliculaires caractérisées objectivement par des pustules péripilaires, comme les acnés, etc...

Peu à peu le sens attaché au mot de folliculite a perdu de son indécision tout en s'écartant, il faut bien le reconnaître, de son sens logique et primitif.

On en a progressivement distrait :

La kératose pilaire (voir ce mot, aux *Dystrophies*) ;

Le pityriasis rubra pilaire (voir ce mot aux *Réactions cutanées proprement dites*) ;

Les formes acuminées du lichen plan (*id.*) ;

Les tuberculides péripilaires (voir *Dermatoses microbiennes*) ;

Les syphilides péripilaires (*id.*) ;

Les affections parasitaires des poils (favus, trichophyties, bien que ces dernières se compliquent assez souvent de folliculites véritables au sens moderne du mot) (voir *Dermatoses parasitaires*) ;

Enfin les acnés vraies que l'on décrit tout à fait à part (voir *Dermatoses microbiennes*).

Il en est résulté qu'à l'heure actuelle on réserve le mot de folliculites à des lésions assez spéciales d'aspect, et caractérisées par la formation de pustules d'emblée à l'orifice du follicule pilo-sébacé.

Ce groupe, très important, rentre dans les *staphylococcies cutanées* (voir *Dermatoses microbiennes*). Il comprend :

Les folliculites suppurées ordinaires ;

La forme dite impétigo de Bockhart ;

La forme dite sycosis ordinaire ou sycosis staphylococcique par opposition au sycosis trichophytique dont on trouvera la description au chapitre *Trichophytie* :

Les folliculites décalvantes qui comprennent : l'acné décalvante ; le sycosis lupoïde ; l'acné nécrotique ; l'acné kéloïdienne.

Ces folliculites décalvantes doivent sans doute leur aspect clinique si spécial à des associations microbiennes, le staphylocoque doré qui est l'agent primitif et primordial de la suppuration folliculaire y étant associé à d'autres agents pathogènes.

GANGRÈNES CUTANÉES

On sait que l'on désigne sous le nom de *gangrène* la mortification locale des tissus chez l'être vivant.

C'est un syndrome qui peut être la conséquence des causes les plus diverses : il ne peut être considéré comme une maladie définie.

Nous renvoyons aux traités de Pathologie générale pour l'étude d'ensemble des processus gangréneux, pour la description des gangrènes sèche, humide, de l'escarre, de sa production et de son élimination. Nous nous bornerons à exposer ici ce qui est plus particulier à la gangrène des téguments.

Nous prions en outre les lecteurs de vouloir bien se reporter au bel article de Veillon et Hallé sur les gangrènes disséminées de la peau chez les enfants. On y verra que ces auteurs distinguent : 1° *les nécroses de la peau sans symptômes d'infection putride*, simples nécrobioses, dans lesquelles on ne trouve que les microbes habituels de la peau ; 2° *et les gangrènes vraies de la peau avec putréfaction*, c'est-à-dire avec fermentation spéciale, dans lesquelles il existe d'après eux un organisme pathogène qui n'est pas toujours le même, mais dont le caractère biologique commun et constant est d'être strictement un microbe anaérobie.

Fig. 28. — Gangrène de la face d'origine inconnue.

Symptômes. — La gangrène se manifeste tout d'abord par un changement de coloration de la peau. Dans la gangrène dite sèche, elle est le plus souvent d'un brun jaunâtre, d'un blanc noirâtre, parfois même complètement noire ; dans quelques cas rares elle est d'un blanc mat tirant sur le jaune pâle. Elle est en quelque sorte rétractée, affaissée au-dessous du niveau normal des téguments, dure, insensible au toucher, à la piqûre et à la chaleur. Dans la forme dite humide elle est grisâtre, mollasse, recouverte de phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre.

Dans certains cas les malades éprouvent au niveau des parties mortifiées des sensations de fourmillements, d'élancements, des névralgies térébrantes particulièrement pénibles.

Au bout de quelques jours il se produit tout autour de l'escarre une série de phénomènes appréciables à la vue, qui ne sont que le résultat visible du travail d'élimination opéré spontanément par la nature pour arriver à débarrasser l'organisme de la partie qui a été privée de vie et qui n'est plus pour lui qu'un corps étranger.

L'escarre s'environne d'une zone inflammatoire rouge plus ou moins étendue ; peu à peu il se forme un sillon entre elle et les parties vivantes, sillon qui est le siège d'une suppuration plus ou moins abondante : l'escarre se décolle par les bords, se rétracte, et se détache progressivement des parties sous-jacentes en laissant une ulcération bourgeonnante qui évolue d'ordinaire rapidement vers la cicatrisation.

Il est inutile d'insister sur l'anatomie pathologique des trois zones que nous venons de décrire : *a*) zone centrale mortifiée ; *b*) zone intermédiaire d'élimination ; *c*) zone externe d'inflammation : elle ne présente rien de spécial.

Étiologie. Pathogénie. — La gangrène peut être la conséquence d'un traumatisme quelconque portant sur les téguments, ou d'un autre processus : d'où deux grandes catégories :

A). *Gangrènes traumatiques*;
B). *Gangrènes non traumatiques.*

A. **Gangrènes traumatiques**. — Elles peuvent reconnaître pour causes :
a) Le traumatisme direct comme la contusion, l'écrasement, etc...
b) Certains agents physiques comme le froid (gelure), la chaleur (brûlures), l'électricité (électrolyse, rayons X... etc)...
c) Les caustiques chimiques (pâte de Vienne, arsenic, acide sulfurique, et surtout les pansements phéniqués, etc... etc...).
Toutes ces lésions sont banales et ne réclament aucune étude particulière.

B. **Gangrènes non traumatiques**. — Cette catégorie est de beaucoup la plus intéressante.
On peut diviser les gangrènes non traumatiques en :
I. *Gangrènes primitives ;*
II. *Gangrènes secondaires ;*

I. Gangrènes primitives. — Elles peuvent être causées :
a) Par l'ingestion de certaines substances toxiques, telles que l'ergot de seigle (ergotisme gangréneux) ;
b) Par des lésions vasculaires qui interrompent le cours du sang dans une zone cutanée, parfois dans un segment de membre ou dans un membre ; à cette catégorie extrêmement importante appartiennent :
La gangrène sénile que nous n'avons pas à décrire ;
La maladie de Raynaud, laquelle se rattache d'ailleurs par quelques points au groupe suivant, et dont nous donnons un court aperçu dans la classe des *Trophonévroses ;*
c) Par des lésions du système nerveux central ou périphérique, comme dans le *décubitus aigu*, dans les *troubles trophiques* (gangrène des hystériques, etc...) ; (voir la thèse inaugurale de J.-A. Bannwart : Lucerne, 1905) (voir *Trophonévroses*) ;
d) Par certains états généraux, comme l'albuminurie et surtout *le diabète.*

Symptômes de la gangrène diabétique. — *La gangrène diabétique* peut être *consécutive* à une lésion cutanée antérieure, furoncle, anthrax, phlegmon, ou bien être *primitive*.
Primitive, elle peut être totale, profonde, intéresser tout un membre ou un segment de membre, simuler la gangrène sénile, la maladie de Raynaud, mutiler les organes génitaux, etc... : nous renvoyons pour l'étude de ces formes aux ouvrages de pathologie interne ; ou bien elle est superficielle et intéresse surtout les téguments. On peut voir alors se produire de nombreuses taches noirâtres de très petites dimensions disséminées çà et là sur la peau et les muqueuses ; c'est l'*éruption gangréneuse* des auteurs.
Kaposi a décrit sous le nom de *gangrène diabétique bullo-serpigineuse*, une éruption qui débute par des bulles çà et là disséminées, surtout sur les membres, et au-dessous desquelles le derme se mortifie : chaque foyer de gangrène se propage ensuite suivant un bord convexe par un soulèvement bulleux de l'épiderme au-dessous duquel se produit l'escharification ; pendant que l'extension se fait suivant un des bords, le centre au contraire qui a été primitivement atteint se déterge,

puis se cicatrise. Ce processus justifie donc le nom de bullo-serpigineux que lui a donné le dermatologiste viennois. Il est probable qu'il s'agit d'inoculations microbiennes, peut-être de streptococcies, développées sur une peau de diabétique.

Traitement de la gangrène diabétique. — On doit avant tout s'occuper de l'état général et traiter le diabète. Comme soins locaux, on ouvre les bulles lorsqu'il s'en forme : on enlève tout l'épiderme soulevé ; on lave avec un liquide antiseptique, eau boriquée, eau oxygénée, ou solution faible de sublimé ; on touche avec une solution de nitrate d'argent allant du 1/50 au 1/10 quand il y a production de bulles et par suite probabilité d'infection streptococcique : puis on applique de l'emplâtre rouge (formule Vidal : minium 2,50, cinabre 1,50 et diachylon 26), ou bien on fait un pansement antiseptique. Après la chute de l'escarre, on se sert, soit d'iodoforme, soit d'iodol, soit enfin, si les préparations précédentes irritent trop les téguments ou sont mal supportées, de poudre d'aristol ou de sous-carbonate de fer.

e) *Enfin par des infections microbiennes diverses* : ce dernier groupe est de beaucoup le plus important pour le dermatologiste.

Il renferme :

1° *Les gangrènes multiples disséminées de la peau chez les enfants ;*

2° *Les gangrènes cutanées infectieuses des adultes ;*

3° *Les gangrènes foudroyantes des organes génitaux.*

(Nous les étudions dans la classe des *Affections microbiennes.*)

II. Gangrènes secondaires. — Elles semblent se produire dans certains états généraux graves, lorsque les processus inflammatoires atteignent un degré d'intensité tout à fait exagéré.

C'est ainsi qu'on voit parfois le zona, l'érysipèle, le chancre mou, la syphilis etc..., se compliquer de gangrènes cutanées.

Traitement. — D'une manière générale quand il y a gangrène il est indiqué :

A. De tonifier l'état général suivant les indications : le quinquina joue d'ordinaire un rôle important ;

B. De tenir la lésion en parfait état de propreté et de repos :

a) De favoriser dans une première période l'élimination de l'escarre par des pansements émollients aseptiques ;

b) De favoriser, après l'élimination de l'escarre, la cicatrisation de la plaie par des pansements propres, non irritants, avec des poudres appropriées, aristol, sous-carbonate de fer, iodol, etc...

Si le cas n'est pas simple, s'il y a fermentation putride, il est indiqué d'employer des lotions parasiticides et désinfectantes telles que l'eau oxygénée, le permanganate de potasse, des attouchements avec des solutions fortes de bleu de méthylène, de chlorure de zinc, et des pansements à l'iodoforme.

GLANDES SÉBACÉES

Les glandes sébacées présentent deux ordres de déterminations morbides :

1° Des troubles fonctionnels ;

2° Des lésions cutanées consécutives aux altérations de ces glandes, de quelque nature qu'elles soient.

1° Troubles fonctionnels. — *A*. Il peut y avoir *exagération considérable du flux de sébum* avec issue au dehors.

C'est la *séborrhée grasse ou huileuse* (voir *Trophonévroses*.)

B. Il peut y avoir défaut d'excrétion, d'où sécheresse de la peau qui, fort exagérée, en arrive à la *xérodermie* et à *l'ichthyose* (voir *Dystrophies*.)

C. Il peut y avoir *rétention des produits de sécrétion* dans le conduit excréteur qui est bouché et dans la glande elle-même : il en résulte les *kystes sébacés* (voir *Tumeurs*.)

2° Lésions de la glande. — Il peut y avoir :

A. *Hyperkératose de l'infundibulum pilo-sébacé* ; il en résulte les lésions auxquelles on a donné les noms d'*Acné kératosa* ou *acné cornée*, de *lichen spinulosus*, etc... (voir ces mots aux *Dystrophies*).

B. *Infection par le microbacille séborrhéique* et formation *du cocon séborrhéique* (voir *séborrhée grasse*).

C. *Hyperkératose de l'infundibulum autour du cocon séborrhéique* : c'est le *comédon* (voir *Acné*, aux *Dermatoses microbiennes*).

D. *Inflammation et suppuration périglandulaires*. — A ce groupe se rattachent :

a) L'*Acné inflammatoire juvénile* avec séborrhée et comédons (voir *Dermatoses microbiennes*) ;

b) L'*Acné artificielle professionnelle* (voir *id*. et *Éruptions artificielles*) ;

c) L'*Acné artificielle médicamenteuse* (voir *id*.)

E. *Hypertrophie des glandes sébacées et des tissus périphériques*. — Ce groupe comprend :

a) L'*Acné couperosique* proprement dite (voir *Dermatoses microbiennes*) ;

b) Le *Rhinophyma* (voir *id*.)

F. *Associations microbiennes :*

a) *Acné atrophique* (voir *Dermatoses microbiennes*) ;

b) *Acné kéloïdienne* (*id*.) ;

c) *Acné furonculeuse de de la nuque* (*id*.) ;

d) *Acné décalvante* (*id*.).

On pourrait à la rigueur rattacher aux lésions des glandes sébacées beaucoup d'autres lésions du follicule pilo-sébacé (voir *Folliculites*.)

GLANDES SUDORIPARES

Comme les glandes sébacées, *les glandes sudoripares* peuvent présenter deux ordres de déterminations morbides.

1° *Des troubles fonctionnels* ;

2° *Des lésions cutanées consécutives aux altérations de ces glandes* de quelque nature qu'elles soient.

I. Troubles fonctionnels des glandes sudoripares. — Le produit de sécrétion des glandes sudoripares, la sueur, peut être *modifié comme quantité* et alors être trop considérable, c'est l'*hyperidrose*, ou insuffisant c'est l'*anidrose* (voir *Trophonévroses*).

Il peut être *modifié comme qualité :*

Comme odeur, c'est la *bromidrose*, l'*osmidrose ;*

Comme couleur, c'est la *chromidrose* ;

Comme composition chimique, c'est l'*uridrose* (voir *Trophonévroses*).

Dans l'état actuel de la science, le rôle pathogène des microbes qui peuvent intervenir dans la production de ces troubles fonctionnels n'a pas encore été précisé d'une manière suffisante pour que nous puissions les ranger dans les affections microbiennes. Nous les étudierons donc dans le groupe des dermatoneuroses ou Trophoneuroses.

II. Lésions cutanées dépendant d'une altération quelconque des glandes sudoripares. — Les lésions cutanées qui se relient aux affections des glandes sudoripares sont encore fort mal connues. On peut les subdiviser de la manière suivante :

1° *Affections cutanées consécutives à une exagération du fonctionnement des glandes sudoripares.* — Nous citerons les *sudamina*, les *miliaires* (voir ces mots). Nous les décrirons dans les trophonévroses à côté des troubles de la fonction sudorale.

2° *Affections dépendant de l'inflammation des glandes sudoripares.* — Les *hydrosadénites des aisselles* qui sont du domaine de la chirurgie ;

Les *pyodermites sudorales* qui ont été décrites par L. Perrin en 1897, qui s'observent pendant la saison chaude chez les adultes, mais surtout chez les enfants, et qui sont constituées par des nodosités plus ou moins volumineuses intradermiques et hypodermiques ; elles siègent à la face, au cuir chevelu, au cou, à la partie supérieure du tronc et à la région dorso-lombaire, enfin sur les membres supérieurs du côté de la flexion ; elles peuvent rester au stade d'induration ou aboutir à la suppuration en formant des pustules ou des abcès. Elles sont dues à l'infection des conduits sudoripares par le staphylocoque doré (voir *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 1086.)

3° *Tumeurs des glandes sudoripares.* — Les tumeurs des glandes sudoripares sont encore fort peu connues. Les plus nettes et les plus importantes ont été décrites sous le nom d'*hidrocystomes :* ce seraient, d'après Darier, de véritables adénomes sudoripares kystiques. Nous les étudions au chapitre *Tumeurs de la peau.*

HERPÈS

Le mot d'*herpès* a été employé par les anciens dermatologistes pour désigner les affections cutanées les plus diverses, et à l'heure actuelle le public donne encore d'une manière générale ce nom d'herpès à la plupart des dermatoses.

D'un commun accord les médecins réservent aujourd'hui le nom d'*herpès, sans qualificatif*, à une éruption de vésicules assez volumineuses groupées les unes à côté des autres en nombre variable pour former une sorte de bouquet.

Mais on donne encore parfois le nom d'*herpès avec qualificatifs* à quelques autres dermatoses dont voici les principales :

Herpès circiné. — C'est la trichophytie de la peau (voir ce mot aux *Dermatoses parasitaires*).

Herpès imbriqué. — C'est la teigne imbriquée ou tokelau (voir *id.*).

Herpes parasitaires. — Ce sont les trichophyties.

Herpès tonsurans maculosus. — C'est le nom qu'on donne encore parfois en

Allemagne au pityriasis rosé de Gibert (voir *Réactions cutanées proprement dites*).

Herpès gestationis. — C'est la dermatite polymorphe douloureuse de la grossesse (Voir *id.*).

Herpès iris ou *herpès en cocarde*. — C'est l'érythème polymorphe variété hydroa vésiculeux (voir *id.*)

Herpès crétacé. — C'est une forme du lupus érythémateux (voir *Tuberculides*, aux *dermatoses microbiennes*).

Le radical herpès entre en outre dans la composition du nom de certaines dermatoses qui n'ont rien de commun avec l'herpès sans qualificatif.

Sous le nom d'*herpétides* les vieux auteurs ont autrefois désigné des éruptions cutanées qu'ils considéraient comme étant sous la dépendance de la diathèse à laquelle ils donnaient le nom d'herpétisme.

On donne le nom de *herpétides malignes exfoliatives* (Bazin) à des éruptions généralisées rouges et desquamatives consécutives à certaines dermatoses (voir érythrodermies exfoliantes aux *Réactions cutanées pures*).

Le nom de *dermatite herpétiforme* a été donné par Duhring à une variété de dermatite polymorphe douloureuse (voir *id.*)

Enfin sous le nom d'*impétigo herpétiforme* on a décrit une affection assez spéciale, très voisine de la précédente, et caractérisée au point de vue objectif par un groupement des lésions éruptives analogue à celui des vésicules de l'herpès (voir *Dermatoses microbiennes*?).

Dermatoses actuellement désignées sous le nom d'herpès. — On divise les *herpès* en deux grands groupes principaux :

A. *Les herpès symptomatiques* ;

B. *Les herpès dits essentiels*.

A. Herpès symptomatiques. — L'herpès peut être purement et simplement un épiphénomène dans le cours d'une autre affection ; c'est le groupe si complexe des *herpès symptomatiques* qui surviennent, comme on le sait, dans la pneumonie (*herpès critique* des vieux auteurs), dans la méningite cérébro-spinale, dans la fièvre intermittente, dans la fièvre typhoïde, dans certaines lésions nerveuses (*herpès traumatique*) ; dans ce dernier cas, l'herpès peut récidiver avec une certaine ténacité, siéger sur le trajet même du nerf lésé (trouble trophique vrai), ou à distance (par action réflexe).

L'herpès peut dépendre aussi d'une irritation locale comme dans la défloration de la jeune fille. La blennorragie, la vaginite, le chancre simple, l'inoculation de la syphilis semblent dans beaucoup de cas provoquer l'apparition de cette lésion.

En somme l'herpès n'est pas une maladie, c'est purement et simplement un symptôme, qui s'observe dans les états morbides les plus divers. Nous le décrivons dans nos *Réactions cutanées pures*.

B. Herpès dits essentiels. — L'herpès peut être le phénomène principal d'une maladie : c'est le groupe des *herpès dits essentiels*, parmi lesquels nous distinguerons trois affections principales :

1° La *fièvre herpétique*, affection encore assez peu connue et bien mal délimitée, dont nous n'avons pas à nous occuper dans cet ouvrage, et dont l'herpès facialis

est presque toujours la manifestation, bien que l'éruption de cette fièvre herpétique puisse siéger aux organes génitaux, aux muqueuses ou ailleurs.

2° L'*herpès récidivant* dans lequel rentrent d'ailleurs la plupart des herpès des organes génitaux, surtout ceux de l'homme. Nous l'étudions dans les *Réactions cutanées* à la suite de l'herpès en général.

3° L'*herpès zoster ou zona* dont nous donnons une description succincte dans les *Trophonévroses*.

HYDROA

Le mot *hydroa*, autrefois employé par les anciens pour désigner des éruptions vésiculeuses, a été repris par Bazin, qui en a fait tout un groupe morbide.

Il en a décrit trois variétés :

1° L'*hydroa vésiculeux*, qui n'est autre chose que l'*herpès iris de Bateman*, et que nous décrivons à l'article *Érythème polymorphe* (voir *Réactions cutanées pures*) ;

2° L'*hydroa vacciniforme*, qui est une éruption d'origine solaire, et dont on trouvera par suite la description dans les éruptions artificielles d'origine externe ;

3° L'*hydroa bulleux* qui doit probablement rentrer dans nos dermatites polymorphes douloureuses (voir ce mot aux *réactions cutanées pures*).

En Allemagne, Unna a proposé de donner le nom d'hydroa aux diverses dermatoses qui rentrent dans le groupe de la dermatite herpétiforme de Duhring.

Quinquaud a désigné de son côté sous le nom d'hydroa une affection à marche spéciale caractérisée par un début fébrile, du malaise, des frissons, du prurit, puis par l'apparition brusque de bulles citrines, hémisphériques, turgides, d'abord transparentes, puis louches, puriformes, et donnant lieu à des croûtelles minces, brunâtres, qui tombent au bout de cinq à six jours en laissant des macules brunes, pigmentées, sans cicatrices. L'éruption se présente assez souvent sous la forme de groupes bulleux ne reposant pas sur une tuméfaction bien considérable du derme : elle se produit fréquemment sur les muqueuses où elle se caractérise surtout par des exulcérations superficielles recouvertes d'une fine fausse membrane d'aspect blanchâtre. Cette affection évolue rapidement ; après une poussée principale peuvent survenir plusieurs poussées secondaires de plus en plus légères, de telle sorte que la maladie dure de un à deux mois : elle est prurigineuse dans sa phase active. Il est certain que l'hydroa a beaucoup de traits communs avec nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës.

KÉRATOMES, KÉRATOSES

D'une manière générale on donne le nom de *kératoses* aux affections cutanées objectivement caractérisées par une hypertrophie considérable de l'épiderme qui devient dur et corné.

On a divisé ces affections en deux groupes :

1° Les *kératoses sans hypertrophie papillaire ou kératoses pures*.

Ce sont : les durillons, les callosités, les kératodermies palmaires et plantaires, etc... (voir ces mots).

2° Les *kératoses avec hypertrophie des papilles*. — Ce sont les cornes, les verrues, les végétations, etc... (voir ces mots).

KÉRATODERMIES PALMAIRES ET PLANTAIRES

On désigne communément sous le nom de *kératodermies palmaires et plantaires* des affections qui sont essentiellement caractérisées par un épaississement très marqué de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds.

Ces lésions sont fréquentes et éminemment complexes. La plupart des dermatoses qui atteignent ces régions ont en effet une tendance marquée à se compliquer d'hyperkératose. On peut les diviser en deux grands groupes selon qu'elles constituent à elles seules une affection nettement définie du moins au point de vue symptomatique, ce sont les *kératodermies palmaires et plantaires dites essentielles*, selon qu'elles sont la conséquence de la localisation à la paume des mains et à la plante des pieds d'une dermatose quelconque bien définie, ce sont *les kératodermies palmaires et plantaires dites symptomatiques*.

Fig. 29. — Kératodermie palmaire remarquable par de la *porokératose* (dépressions ponctuées qui criblent la face palmaire de la main).

A. Kératodermies palmaires et plantaires essentielles. — Elles se subdivisent en deux groupes selon qu'elles sont congénitales ou acquises.

1° *Kératodermies palmaires et plantaires congénitales* (voir dermatoses congénitales aux *Dystrophies*).

2° *Kératodermies palmaires et plantaires acquises :*

Elles comprennent les groupes suivants :

a) La *kératodermie érythémateuse symétrique des adultes* (voir *Dystrophies*);

b) L'*érythème kératosique* (*id.*);

c) La *kératodermie arsenicale* (voir *Dermatoses artificielles d'origine interne*);

d) Les *kératodermies professionnelles*.

B. Kératodermies palmaires et plantaires symptomatiques. — Elles sont extrêmement nombreuses. Citons parmi les plus importantes :

1° L'*eczéma kératosique palmaire et plantaire* (voir *eczéma*);

2° Le *psoriasis* et *les parakératoses psoriasiformes;*
3° Le *pityriasis rubra pilaire;*
4° Le *lichen plan;*
5° Le *prurit circonscrit avec lichénification;*
6° Les *syphilides secondaires,* qui sont d'ordinaire symétriques et surtout les *syphilides tertiaires* qui sont d'ordinaire unilatérales;
7° La *blennorragie.*

Diagnostic différentiel des kératodermies palmaires et plantaires. — Nous renvoyons à l'article *Kératodermies palmaires et plantaires congénitales* pour le tableau différentiel de leurs variétés : elles sont éminemment caractérisées par leur congénitalité et leur pérennité.

La *kératodermie érythémateuse symétrique des adultes* est caractérisée par sa prédominance habituelle aux pieds, par la formation de productions cornées presque toujours considérables, parfois diffuses, le plus souvent localisées aux talons et à la tête des métatarsiens, aux éminences thénar et hypothénar; elles sont entourées d'une zone érythémateuse de quelques millimètres à un centimètre et plus de diamètre.

L'*érythème kératosique* se rapproche comme symptômes de la forme précédente. Il en diffère par son évolution tellement rapide qu'on se demande si les faits sur lesquels repose sa description ne sont pas des érythèmes toxiques.

La *kératodermie arsenicale* est caractérisée par son étiologie (et toutes les fois qu'on se trouve en présence de kératodermies palmaires diffuses accentuées, il faut songer à la possibilité de cette cause), par son aspect d'érythème léger au début avec épaississement et sécheresse de l'épiderme, puis desquamation en lames épaisses. Dans les formes chroniques légères, l'épiderme de la paume des mains est sec, dur, farineux vers les plis, parsemé çà et là de petits grains cornés durs et blancs. Dans les formes chroniques intenses, la face palmaire des mains et des doigts est tapissée d'une couche cornée de plusieurs millimètres d'épaisseur, compacte, d'un jaune ambré, comme transparente, lisse ou grenue et commec hagrinée, semée parfois de sortes de nodules cornés variant comme volume de celui d'un grain de mil à celui d'un pois, blanchâtres ou brunâtres, enchâssés dans la nappe cornée ou faisant une saillie notable; ce sont des sortes de globes cornés, qui parfois peuvent s'énucléer : ils se formeraient d'après quelques auteurs dans les orifices dilatés des glandes sudoripares.

Les *kératodermies professionnelles* se développent surtout chez des sujets prédisposés ; elles sont caractérisées par leurs localisations qui sont en relation directe avec les contacts et les frottements professionnels.

L'*eczéma kératosique* des paumes des mains et des plantes des pieds est d'une extrême fréquence : il est d'ordinaire symétrique, mal limité; les plaques ne sont pas marginées, ce qui le différencie des trichophyties palmaires et plantaires chroniques auxquelles il faut toujours penser quand il existe des bords nettement et finement arrêtés, circinés, vésiculeux ou non. Quelques vésicules sous-épidermiques isolées permettront de poser le diagnostic d'eczéma, ainsi que la coexistence en un point quelconque du corps d'éléments eczémateux.

Le *prurit circonscrit avec lichénification* est caractérisé par des plaques circonscrites bien qu'à bords peu nets et diffus, par une teinte grisâtre de la plaque, par une desquamation fine et adhérente, par un prurit paroxystique, par l'absence totale de vésicules.

Le *psoriasis palmaire et plantaire* isolé est fort rare, il est caractérisé au début par de petites papules hyperkératosiques dont le centre s'effritte peu à peu et desquame en laissant voir un derme squameux légèrement rosé, tandis qu'elles s'étalent à la périphérie en formant des plaques circinées, hyperkératosiques, parfois crevassées et sanguinolentes par endroits, nullement vésiculeuses, souvent symétriques : il est extrêmement rare de ne pas trouver en un point quelconque du corps, genoux, coudes, cuir chevelu, un élément de psoriasis qui fixe le diagnostic.

Il en est de même pour les formes éruptives que nous désignons sous le nom de *parakératoses psoriasiformes*, et dont les lésions, quand elles se développent à la paume des mains et à la plante des pieds, ont des aspects analogues à ceux du psoriasis, quoiqu'elles soient moins infiltrées ; on ne peut guère les reconnaître que par voie d'exclusion, et surtout par la coexistence de lésions typiques au cuir chevelu ou en un autre point du corps.

Le *pityriasis rubra pilaris* est caractérisé (voir ce mot) par de la « kératodermie palmaire et plantaire » (Devergie) ; cette kératodermie est remarquable par sa symétrie, par une rougeur diffuse de ces régions, par une sécheresse particulière de l'épiderme qui est épaissi, mais uniforme et souple et qui ne desquame que peu ou point.

Dans le *lichen plan* on peut voir çà et là disséminés autour des plaques principales lesquelles sont sèches et cornées de petits éléments punctiformes analogues à des vésicules, mais ne renfermant pas de liquide, parfois même de petites dépressions arrondies qui font faire le diagnostic.

Le *syphilis* peut provoquer des lésions kératodermiques à la paume des mains et à la plante des pieds aux périodes secondaire et tertiaire. A la période secondaire les lésions sont symétriques bilatérales, constituées par des papules d'un rouge bistre qui desquament parfois au centre en laissant une collerette squameuse périphérique. A la période tertiaire les lésions ont un aspect général circiné ; elles débutent par un tubercule aplati d'un rouge bistre hyperkératosique qui s'étale peu à peu par les bords en desquamant au centre et en laissant à nu des lésions squameuses d'un rouge variable, souvent crevassées, tandis que le bord d'un rouge un peu plus foncé, infiltré, est couvert d'un épiderme plus ou moins épais, avec rhagades au niveau des plis de flexion. Le tout a un aspect psoriasiforme qui prête à la confusion. Ces lésions sont d'ordinaire unilatérales : elles ont une tendance marquée à se cantonner à la face palmaire des doigts et des mains ; mais ce caractère n'est pas pathognomonique, car elles peuvent empiéter largement sur leur face dorsale : on y remarque assez souvent des sortes de petits éléments arrondis ou ovalaires, de la grandeur moyenne d'une petite lentille, comme aplatis et brillants : ces dernières lésions sont pour nous pathognomoniques de la syphilis. Quand ces syphilides tertiaires sont bilatérales, ce qui est rare, mais possible, il s'agit presque toujours d'hybrides, c'est-à-dire de syphilides développées sur des eczémas, sur des psoriasis, sur des parakératoses psoriasiformes chroniques bilatérales, ou bien de syphilides compliquées ultérieurement de ces affections.

Les syphilides palmaires ont assez souvent d'ailleurs un caractère d'infiltration et d'épaisseur des squames qui les distingue nettement d'emblée des psoriasis, et des trichophyties circinées des mêmes régions.

Les *kératodermies blennorragiques* qui ont été décrites par E. Vidal, Jacquet, Jeanselme et Chauffard, etc., sont essentiellement caractérisées par ce fait qu'elles ne sont pas cantonnées aux extrémités : elles siègent un peu partout. Sur le tronc

et sur les membres elles affectent l'aspect de taches dures, jaunes, cornées, ressemblant à des gouttes de cire jaune. Aux extrémités, elles prennent les apparences de saillies dures, d'un jaune brunâtre, coniques, terminées par plusieurs pointes mousses : elles siègent sur la face dorsale des doigts et des orteils. A la paume des mains, on trouve des plaques cornées plus ou moins étendues : à la plante des pieds, elles forment des semelles épaisses de plus d'un centimètre vers les points de pression, et semblent constituées par une série de cornes courtes, coniques, tronquées, confluentes à leur base.

LANGUE

Nous renvoyons à l'article *Bouche* pour le tableau d'ensemble des affections de la langue. On y verra que nous avons pris le parti de ne décrire dans cet ouvrage que les maladies de la muqueuse linguale dont la description a été jusqu'ici un peu sacrifiée dans les ouvrages classiques, et que l'on considère par une sorte de convention tacite comme étant plus spécialement du ressort des dermatologistes.

Il y a des affections qui intéressent à la fois la langue et le reste de la muqueuse buccale, comme la *leucoplasie* par exemple.

Les affections dont on trouvera la description dans cet ouvrage et qui sont propres à la langue sont :

1° *La langue scrotale ou montagneuse* (voir *Dystrophies cutanées*);

2° *Les langues lisses;* cet état morbide constitue un syndrome (voir ci-après);

3° *La langue noire* (voir *Dystrophies cutanées*);

4° La *desquamation marginée aberrante de la langue,* ou *glossite exfoliative marginée,* objectivement caractérisée par de la desquamation de la muqueuse, desquamation qui se fait suivant des plaques aberrantes nettement limitées du côté où elles s'étendent par une sorte de bourrelet blanc, circiné, géographique, à convexité le plus souvent externe (voir ce mot aux *Dystrophies*)

5° *La glossodynie ou glossalgie,* caractérisée par des phénomènes douloureux qui se produisent dans la langue sans qu'il y ait de lésion apparente (voir ce mot aux *Trophonévroses*).

6° *Certaines glossites,* telles que :

a) Les *glossites traumatiques* ou ulcérations traumatiques du bord et de la pointe de l'organe (voir chapitre des *Dermatoses traumatiques*) ;

b) Les *glossites superficielles non traumatiques* ; ces états morbides constituent un syndrome (voir ci-après).

Nous allons donc donner ici un aperçu d'ensemble :

A. *Des langues lisses*;

B. *Des glossites superficielles non traumatiques.*

A. Langues lisses. — La lésion connue sous le nom de *langue lisse, plaques lisses de la langue,* ne constitue pas une maladie à part. Elle se rencontre dans les états morbides les plus divers. Il faut, ce nous semble, distinguer dans les langues lisses deux catégories de faits qui n'ont pas été suffisamment précisés jusqu'ici, de telle sorte que ce point particulier de la pathologie linguale nous paraît réclamer de nouvelles recherches.

a) Dans le premier groupe de faits que nous désignerons sous le nom de *plaques*

desquamées ou plus simplement encore de *desquamations linguales*, les lésions sont éminemment superficielles et desquamatives. L'enduit épithélial qui recouvre les papilles filiformes a disparu, la langue est lisse, unie, d'un rouge rosé, et sur ce fond les papilles fungiformes également desquamées font saillie. Le plus souvent cette altération est circonscrite sous forme de placards assez nettement limités, arrondis, ovalaires ou irréguliers. Plus rarement elle occupe de vastes surfaces diffuses. Elle peut ne s'accompagner d'aucune sensibilité, d'aucun phénomène inflammatoire. On la rencontre parfois avec ces caractères purement objectifs chez des personnes bien portantes, non syphilitiques, qui n'ont pas même de troubles dyspeptiques, et chez lesquelles on ne la découvre que par hasard, car elle ne cause aucun trouble fonctionnel Il s'agit évidemment alors d'une lésion fort voisine de ce que nous décrivons sous le titre de desquamation marginée aberrante de la langue (voir ce mot.)

On les a observées aussi chez les vieillards où elles peuvent envahir toute la face dorsale de l'organe, et on a même considéré cette altération comme une lésion analogue à la calvitie. Il faudrait rechercher si elle ne se complique pas chez eux d'un degré plus ou moins accentué d'atrophie des papilles.

Ces plaques desquamées de la langue peuvent se voir dans des états morbides bien définis : sans parler des fièvres éruptives, on sait qu'elles sont des manifestations de la syphilis : elles prennent alors le nom de *plaques syphilitiques lisses* (Fournier), de *plaques fauchées en prairie* (Cornil), de *disques de desquamation* (Mauriac).

Quand elles s'accompagnent d'une certaine réaction inflammatoire, de rougeur et de sensibilité de la muqueuse, elles peuvent être symptomatiques d'un traumatisme, d'une brûlure par exemple, ou d'une glossite superficielle comme on en observe chez les arthritiques, les dyspeptiques, les convalescents, les cachectiques.

Nous renvoyons pour le traitement de cette lésion aux articles *Desquamation marginée aberrante de la langue* et *Glossites*.

b) Dans le deuxième groupe de faits il n'y a pas seulement desquamation des papilles de la langue, ces papilles elles-mêmes sont intéressées, aplaties, et ont plus ou moins complètement disparu. Il s'agit donc alors d'une *véritable dépapillation de la langue*. Il est facile de comprendre qu'entre la forme précédente et celle-ci il existe toute une série de faits de transition, et qu'il doit être souvent fort difficile de déterminer si la plaque lisse en est encore au premier degré, ou bien si elle a commencé à passer au second. Quoi qu'il en soit, cette distinction est des plus importantes, car, dans cette deuxième forme, il s'agit de lésions inflammatoires, intéressant déjà la muqueuse, et produisant des altérations irrémédiables.

Aussi ce deuxième syndrome ne s'observe-t-il que dans les glossites, et en particulier dans les glossites chroniques. Les lésions qui le caractérisent sont le plus souvent circonscrites, limitées en un ou plusieurs points, irrégulières de forme et de contour, comme dans la leucoplasie (voir ce mot), dans la glossite superficielle chronique (voir ce mot) ; beaucoup plus rarement elles s'étendent à toute la face dorsale de la langue comme dans les glossites qui se développent pendant les diarrhées prolongées, pendant les longues cachexies ; dans ces cas la muqueuse linguale est lisse, luisante, brillante, surtout lorsqu'on la tend, presque toujours sèche ; il peut ne plus y avoir à sa surface trace de papilles, parfois au contraire les papilles filiformes seules ont été détruites, les papilles fungiformes persistent encore et font une saillie plus ou moins apparente. La sensibilité est variable ;

presque nulle dans certains cas, elle peut être très accentuée dans d'autres, surtout lorsqu'il y a de la tendance à la production d'excoriations, de fissures, ce qui est encore assez fréquent, à la pointe de l'organe et vers les bords.

Bénard range dans ce groupe : 1° Les glossites des cachectiques et des convalescents ; 2° les glossites des dyspeptiques, que l'on observe chez des arthritiques névropathes enclins aux eczémas vésiculeux ou aux eczémas séborrhéiques (voir le paragraphe suivant).

Traitement. — Le traitement sera celui de toutes les glossites chroniques (voir ce mot et l'article *Leucoplasie* pour plus de détails). Il consistera essentiellement à soigner l'état général par les moyens appropriés, à tonifier l'organisme sans léser le tube digestif, à imposer une hygiène et un régime alimentaire qui ne puissent en rien irriter la muqueuse buccale, à prescrire de fréquents bains de bouche émollients, simples ou légèrement alcalinisés, enfin à toucher les fissures et les ulcérations, s'il y en a, avec une solution faible d'acide chromique ou de bleu de méthylène.

B. Glossites superficielles non traumatiques. — Rien de plus difficile à spécifier que ce qu'il faut entendre sous ce nom. Nous ne nous occuperons pas ici de toutes les glossites symptomatiques de maladies générales graves, de la scarlatine, de l'érysipèle, etc.

La *leucoplasie* (voir ce mot) est un type de glossite superficielle chronique. Nous décrivons avec elle une autre variété de *glossite superficielle chronique* voisine de la leucoplasie, dans laquelle la muqueuse est d'un rouge uniforme, inégale et pour ainsi dire dépapillée.

Chez les goutteux, les rhumatisants, les névropathes, et surtout chez les dyspeptiques, on peut observer des sortes de glossites superficielles caractérisées : 1° dans leurs formes les plus superficielles, par une rougeur légère et diffuse de la muqueuse, parfois par une exagération de ses sillons, par une sensibilité assez vive, par des picotements, des brûlures intermittentes, par l'impossibité de supporter certains aliments; 2° dans une forme plus accentuée, par des poussées congestives pendant lesquelles la langue est desquamée, comme tuméfiée, rouge, douloureuse, hérissée de papilles d'un rouge vif; 3° dans une forme encore plus grave, par des sillons beaucoup plus profonds, et par une rougeur fort vive; les papilles sont saillantes ou ont disparu : les filiformes peuvent faire défaut alors que les fungiformes persistent et paraissent plus nombreuses et plus volumineuses qu'à l'état normal, grâce à la disparition des filiformes; la langue peut donc être lisse et vernissée; il se produit des érosions et des ulcérations plus ou moins bien limitées, irrégulières, parfois étoilées et fissurées, superficielles. Les parties non desquamées sont recouvertes d'un enduit saburral : ce sont là les *glossites dyspeptiques de quelques auteurs*. Elles sont pour certains sujets une cause permanente de douleurs; elles constituent chez eux une affection véritablement grave qui conduit à la neurasthénie, à l'idée fixe et à la mélancolie.

Traitement. — On traitera l'état général, la goutte, le rhumatisme, le nervosisme (voir article *Eczéma*); on s'occupera de l'estomac et de l'intestin; les digestions doivent être parfaites; le malade ne sera jamais constipé; il ne prendra aucun aliment irritant pour la muqueuse buccale (voir article *Leucoplasie*). Il s'abstiendra en particulier de tabac et d'alcool. S'il a des dents malades cariées, qui suppurent, il les fera soigner ou enlever.

S'il y a du ptyalisme, on donnera de la teinture de belladone ou de l'atropine à faibles doses. S'il y a de la sécheresse de la bouche, on pourra badigeonner la muqueuse avec un corps gras, avec de la vaseline liquide, ou même essayer d'y déposer, comme l'a conseillé Blackmann, de petites lamelles gélatineuses de pilocarpine après y avoir mis une goutte d'eau : il se produirait en peu de temps un flux salivaire modéré qui se prolongerait pendant vingt-quatre heures. Toutefois, nous ne pouvons guère conseiller un moyen aussi énergique : si on en fait usage, il faudra user des plus grandes précautions, et ne prescrire que des lamelles de 1 ou 2 milligrammes chaque.

On se contentera le plus souvent de bains locaux émollients répétés aussi fréquemment que possible. On les donnera avec de l'eau de guimauve, d'orge, de têtes de pavots, de graine de lin. Peu à peu on y ajoutera, si le malade le tolère, un peu de borate ou de bicarbonate de soude. Si l'état se prolonge, on essayera avec précaution des préparations faiblement astringentes, thé léger, infusion légère de tannin, de ratanhia, des solutions faibles d'alun.

Beaucoup d'auteurs recommandent le chlorate de potasse, mais chez ces malades cette substance est souvent mal tolérée et donne lieu à de vives sensations de brûlure.

Dans les cas rebelles, compliqués d'ulcérations, on se servira de temps en temps d'un collutoire boraté ou mieux d'une solution faible d'acide chromique.

Le nitrate d'argent doit presque toujours être laissé de côté : on pourra cependant l'utiliser, lorsque les autres moyens auront échoué, en solutions faibles au cinquantième, au trentième, avec lesquelles on badigeonnera les surfaces excoriées : son usage doit surtout être proscrit chez les personnes âgées de plus de quarante ans, et par cela même prédisposées à l'épithéliome.

En cas de sensibilité trop vive, on aura recours à des collutoires au chlorhydrate de cocaïne au cinquantième, au trentième, et même au vingtième, mais il faut recommander au malade de n'en user qu'avec assez de ménagements de peur d'intoxications.

En somme, en présence d'un cas donné, il ne faudra intervenir qu'avec la plus grande prudence : il est presque toujours nécessaire de tâtonner pour arriver à trouver le topique qui convient au malade.

OEDEMES

L'étude des œdèmes est du ressort de la pathologie générale. Pour en avoir un tableau d'ensemble complet et au courant des dernières données de la science, nous conseillons à nos lecteurs de se reporter à l'excellente revue générale de M. Lœper et C. Laubry (*Gazette des hôpitaux*, 12-19 novembre 1904). Nous nous contenterons dans cet ouvrage d'étudier certaines variétés d'œdèmes dont les dermatologistes se sont plus spécialement occupés. Ce sont :

1° *L'œdème aigu circonscrit de la peau*, que l'on peut ranger dans les réactions cutanées, et dans les trophonévroses vasomotrices : nous le décrivons à côté des nodosités non érythémateuses et du dermographisme ;

2° Les *œdèmes durs*, localisés à un membre ou à une région du corps, à côté desquels on peut à la rigueur classer les *œdèmes trophiques* et *l'œdème bleu des hystériques*. Nous les décrivons dans le groupe des trophonévroses, ainsi que les deux variétés suivantes :

3° Le *myxœdème* dont nous ne dirons que quelques mots;

4° *L'œdème des nouveau-nés* que nous rangeons à côté des sclérodermies.

ONGLES

Les ongles sont des annexes de l'épiderme, et, comme tels, ils participent à ses lésions. Aussi ne doit-on pas être étonné de les voir présenter des altérations dans presque toutes les maladies cutanées graves et dans presque toutes les maladies générales.

I. Parmi les *maladies de cause externe* qui peuvent provoquer des lésions unguéales citons :

1° Tous les *traumatismes* de quelque nature qu'ils soient ; ils produisent : a) l'*ecchymose sous-unguéale*; b) le *décollement de l'ongle et son remplacement par un ongle nouveau ;* c) l'*inflammation des tissus périunguéaux* et la formation d'un *panaris unguéal et sous-unguéal*, les *onyxis et périonyxis traumatiques*, l'*ongle incarné*, etc. Toutes ces lésions, y compris les coups, les blessures, les brûlures, les corps étrangers sous-unguéaux, etc., sont du ressort de la chirurgie;

2° Les *maladies d'origine professionnelle*, qui consistent (voir *Ancel*) en :

a) *Colorations de diverses natures*, brun noirâtre chez les ébénistes, chez les saturnins, quand ils ont touché une préparation sulfureuse quelconque; brun très noir chez les écaleuses de noix; rouge acajou chez ceux qui manient l'acide azotique ou l'azotate d'argent; jaune chez les préparateurs de toile pour fleurs artificielles, à cause de la présence de l'acide picrique; bleu chez ceux qui fabriquent l'indigo, etc.

b) *Usures générales ou partielles* comme chez les blanchisseurs, les ouvriers écharneurs de peaux (Gilbert, 28 juin 1902 : Académie royale de médecine de Belgique), les mégissiers, les boyaudiers, les bijoutiers, etc., chez lesquels les ongles sont altérés mécaniquement, les teinturiers chez lesquels ces lésions varient selon les sels qu'ils emploient et qui attaquent chimiquement la substance cornée, etc.

c) *Développement accidentel volontaire*, nécessaire à l'exercice de la profession, comme chez les dentellières, les horlogers, etc.

d) *Altérations diverses* assez analogues à celles de l'eczéma, à l'onyxis, et qui se relient aux dermites professionnelles comme dans la gale des épiciers, l'eczéma artificiel des boulangers, des plâtriers, les onyxis des ouvriers qui manient l'arsenic, des confiseurs, des mégissiers, des teinturiers en peau, etc.

e) *Lésions d'effrittement progressif, d'éclatement*, puis *d'atrophie* chez les personnes qui manient habituellement les rayons X.

3° Il est certaines substances qui, administrées à l'intérieur pendant un temps plus ou moins long, donnent aux téguments et aux ongles des colorations persistantes. Le nitrate d'argent les teint lentement en brun ardoisé (voir *Argyrie*), et l'indigo en bleu.

4° Les *parasites*, tels que les parasites animaux, la gale norvégienne, etc., et les parasites végétaux, l'*achorion*, le *trichophyton* (voir les articles *Favus*, *Trichophytie* pour la description des *onychomycoses faveuse et trichophytique*).

5° Les *microbes* tels que le *streptocoque* et le *staphylocoque*, l'agent de la *syphilis*, etc., qui produisent les onyxis et périonyxis, etc.

II. *Les affections unguéales qui ne résultent pas de l'action directe d'un agent externe* se divisent en deux grands groupes principaux :

1° *Affections se reliant à une autre maladie bien définie;*

2° *Affections propres à l'ongle.*

1° Cette classe est des plus considérables :

A. *Un grand nombre de dermatoses* s'accompagnent d'altérations unguéales :

Citons, au premier rang, le psoriasis, l'eczéma, le pityriasis rubra pilaire, les érythrodermies (herpétides malignes exfoliatives, érythème scarlatiniforme, dermatite exfoliative, pityriasis rubra), l'ichthyose, l'éléphantiasis, etc...

Les *lésions du système nerveux* qui produisent des dermatoses intéressent aussi le système unguéal ; parmi ces troubles trophiques nous mentionnerons les blessures et les sections des nerfs, les divers traumatismes des membres, la sclérodermie, les pelades décalvantes, la maladie de Morvan, la syringomyélie, les affections médullaires proprement dites, l'ataxie en particulier, les névroses comme la maladie de Basedow, etc...

B. Les *grandes pyrexies* affectent souvent les ongles : on en a noté des altérations dans les fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde, dans toutes les maladies de longue durée, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'une dénutrition marquée. Ces altérations consistent en des dépressions transversales plus ou moins larges, plus ou moins profondes suivant l'intensité du processus.

C. Il en est de même des *divers états morbides chroniques*, de la chlorose, des maladies du cœur, du diabète, du cancer, de la tuberculose, de la lèpre, de la syphilis. D'ailleurs, le système unguéal peut être modifié par ces affections de manière fort diverse ; c'est ainsi que dans la tuberculose on peut avoir un onyxis et un périonyxis suppuré dit scrofuleux, ou bien avoir simplement la déformation si connue sous le nom d'*ongle hippocratique*, etc... Nous renvoyons pour la description de toutes ces lésions aux traités où les maladies causes sont étudiées.

2° Les *affections propres aux ongles* sont des plus rares ; le plus souvent en effet les lésions de ces organes reconnaissent une des causes locales ou générales que nous venons d'énumérer. Elles peuvent être *congénitales ou acquises.*

On a groupé les affections propres aux ongles en cinq grandes catégories qui sont :

a) La *déformation des ongles* (*koilonychie, scléronychie*) ; etc.

b) L'*hypertrophie des ongles* (*onychauxis, onychogryphose*) ;

c) L'*atrophie des ongles* (*onychatrophie, onychorrhexis, décollement, sillons* ;)

d) Les *anomalies de coloration* (*hyperchromie, achromie ou leuconychie.*)

e) Les *inflammations de la matrice unguéale*, onyxis, périonyxis, tourniole ou panaris unguéal qui peuvent être d'origine syphilitique ou simplement microbienne, en particulier streptococcique (pour les panaris voir les ouvrages de chirurgie).

PAPILLOMES

Dubreuilh (*Pratique dermatologique*) définit les *papillomes* des tumeurs bénignes siégeant sur la peau ou sur les muqueuses et constituées par des papilles vasculaires ramifiées et un revêtement épithélial typique.

En réalité le mot *papillome* signifie : lésion cutanée d'ordinaire circonscrite, caractérisée par une hypertrophie de la couche papillaire du derme.

Cette définition s'applique à une grande quantité de dermatoses totalement différentes de nature. Le psoriasis chronique, l'eczéma chronique, le lichen simplex

chronique, le pemphigus, le lupus, l'éléphantiasis, la syphilis, etc., peuvent se compliquer d'hypertrophie de la couche papillaire du derme, et donner ainsi naissance à des papillomes. Les vieilles dermatoses irritées, traumatisées, lichénifiées, deviennent papillomateuses, et ces *dégénérescences papillomateuses secondaires* qui dans quelques cas se compliquent même de petits abcès intradermiques superficiels, leur impriment parfois les aspects les plus étranges, les plus inattendus, et dont on est tenté de faire des types morbides nouveaux.

Il est en outre certaines affections cutanées qui sont *de leur nature et d'emblée essentiellement papillomateuses;* telles sont les végétations, les verrues, les tuberculoses verruqueuses, le tubercule anatomique, le bouton de Biskra, etc... (Voir ces mots.) Les nævi verruqueux peuvent être considérés comme des papillomes, et, de fait, ils ont été décrits sous le nom de *papillomes congénitaux neuropathiques.*

On a signalé des *éruptions artificielles papillomateuses,* en particulier le *papillome des raffineurs de pétrole* qui s'observe aux mains et aux avant-bras des ouvriers chargés du nettoyage des appareils de distillation (Derville et Guermonprez).

Enfin, il semble que parfois, dans certaines cachexies, la peau subisse dans sa presque totalité un processus d'hypertrophie papillaire et d'hyperkératose fort marqué, surtout aux plis articulaires qui semblent être les premiers atteints et aux extrémités qui se hérissent en quelque sorte de milliers de petites saillies cornées, acuminées, jaunâtres ou brunâtres. Cette *papillomatose généralisée des cachectiques* est des plus rares. On peut en rapprocher l'acanthosis nigricans (voir ce mot).

Nous ne considérons donc le papillome que comme une sorte de lésion élémentaire de la peau, et nous renvoyons pour son étude aux diverses dermatoses que nous venons d'énumérer.

Il existe cependant un petit groupe d'affections qui, étant uniquement constituées par ces hypertrophies papillaires, lesquelles se forment d'emblée sur la peau saine, semblent réaliser l'idéal du papillome dit essentiel ou simple. Elles ont en outre le grand caractère d'être contagieuses, inoculables et auto-inoculables.

Ce sont :

a) *Les végétations qui siègent aux parties génitales de l'homme et de la femme. (Papillome simple des organes génitaux);*

b) *Les végétations ou papillomes simples de la cavité buccale;*

c) *Les papillomes simples du cuir chevelu.*

On ne sait pas encore si ces trois variétés cliniques du papillome simple inoculable ne constituent qu'une seule et même maladie, ou bien si elles sont distinctes comme nature.

Nous les étudions dans la sous-classe des dermatoses microbiennes à microbes encore inconnus.

PARAKÉRATOSES

Auspitz a, dans sa classification des maladies de la peau, donné le nom de *Parakératoses* à la deuxième famille de la première série des anomalies de kératinisation et de sécrétion qu'il appelait *Kératonoses.* Cette première série des kératonoses comprend les *kératoses* dans le sens strict du mot, par opposition à la deuxième série qui comprend les *trichoses,* et à la troisième série qui comprend

les *onychoses*. Cette première série se subdivise en deux familles : la première, celle des *hyperkératoses*, renferme l'*ichthyose*, le *lichen pilaire* ou *ichthyose folliculaire*, les *cornes cutanées*, les *callosités*, les *cors*, etc ; la deuxième, celle des *parakératoses*, renferme le *psoriasis* et le *lichen ruber* et *plan*.

Unna a tiré ce mot de parakératose de l'oubli relatif dans lequel il était tombé, pour le donner à des dermatoses nouvelles et pour en faire la base de toute une conception. En 1883 il avait défini les parakératoses des affections diffuses ou en foyer de l'épiderme, toutes accompagnées d'hyperkératose, d'une prolifération épithéliale plus ou moins prononcée, mais en outre d'un émiettement anormal de la couche cornée et d'une diminution de l'idrose. En 1890, dans un article des plus remarquables, et après une discussion des plus élevées, il déclara qu'il désignait sous le nom de parakératose tous les catarrhes infectieux secs de la peau, tandis qu'il désignait sous le nom d'eczéma tous les catarrhes infectieux humides de la peau. C'est ainsi qu'il faisait rentrer dans les parakératoses le pityriasis capitis et d'autres formes sèches du catarrhe séborrhéique, le psoriasis, le pityriasis rubra pilaire de Devergie, l'ichthyose vraie, le pityriasis rubra de Hebra, le pityriasis rosé de Gibert, la trichophytie du corps et du cuir chevelu.

A côté de ces affections bien connues, il rangeait dans ce groupe des dermatoses rares et nouvelles dont il a décrit deux types, l'un sous le nom de *parakeratosis variegata*, l'autre sous celui de *parakeratosis scutularis*.

Parakeratosis variegata. — C'est une affection des plus rares, une sorte d'érythème papuleux desquamatif chronique, rappelant un peu comme aspect le lichen plan diffus. Elle est caractérisée surtout par des plaques rouges nettement arrêtées, par places peu saillantes et sans infiltration notable, par places surélevées, dures et infiltrées, avec desquamation de la couche cornée en fines lamelles blanchâtres qui se détachent assez facilement. La peau saine et les plaques malades mélangées à doses variables forment une sorte de bigarrure, d'où le nom qu'Unna, Santi et Pollitzer ont donné à cette maladie. Sa marche semble être variable : elle a une fort longue durée, et présente de temps à autre des sortes de poussées aiguës. La chrysarobine et surtout le pyrogallol employés en frictions très énergiques, de manière à produire une irritation vive et une complète desquamation, ont amené la guérison entre les mains d'Unna. Lorsque le pyrogallol avait produit l'irritation voulue, on pansait avec la colle de zinc et d'ichthyol, ou avec la pâte de zinc ou de soufre. Nous pensons que les faits de cet ordre sont : ou bien une phase de début du mycosis fongoïde ou bien une des variétés de nos parapsoriasis (voir ce mot).

Parakeratosis scutularis. — Maladie fort rare, très voisine du pityriasis rubra pilaire de Devergie, et caractérisée par l'apparition en certains points du corps, cuir chevelu, tronc, membres, de plaques d'un jaune fauve ou d'un rouge assez vif, recouvertes de masses épidermiques d'un blanc jaunâtre ou crayeux d'une grande épaisseur (*scutulaires*). Sur les petits éléments on trouve des productions cornées folliculaires rappelant beaucoup les cônes du pityriasis rubra pilaire. Le traitement doit consister dans des faits analogues en applications pyrogallées, suivies de l'emploi de pâtes à la résorcine ou au soufre (Unna).

Nous pensons comme Unna que le mot de *parakératose* doit être utilisé. Dans notre travail de 1900 sur la question des eczémas, nous avons voulu le substituer au terme impropre de *séborrhéide*, et nous avons proposé la nomenclature suivante :

Parakératose pityriasique blanche pour le pityriasis simplex ou séborrhéide pityriasique.

Parakératose psoriasiforme pour les séborrhéides psoriasiformes.

On a fait observer avec juste raison que dans le pityriasis simplex il n'y a pas toujours de parakératose : aussi avons-nous définitivement adopté le mot de pityriasis simplex pour les anciennes dartres furfuracées. Par contre, nous croyons devoir maintenir le nom de parakératose psoriasiforme pour toute cette série de faits qui sont voisins du psoriasis, qui ressemblent à des éléments de psoriasis avorté, et auxquels nous avions donné le nom de séborrhéides psoriasiformes.

PEMPHIGUS

(Étym : Πέμφιξ, πέμφιγος, ampoule.)

Vue d'ensemble. — La question du Pemphigus est encore à l'heure actuelle une des plus discutées de la dermatologie. Elle en est l'une des plus complexes.

Pendant longtemps le mot de *Pemphigus* a été regardé par les dermatologistes comme synonyme d'*éruption bulleuse*. Ce fut là l'origine d'une série de confusions des plus regrettables.

A l'heure actuelle on s'est efforcé de sortir de ce chaos et de diviser les dermatoses dans lesquelles on observe des bulles en deux grands groupes :

A. Le premier dans lequel la bulle n'est qu'un épiphénomène, qu'un simple incident dans l'évolution d'une maladie des mieux définies par d'autres symptômes : nous citerons comme exemples les bulles qui accompagnent certains troubles trophiques, la syringomyélie, la lèpre, le lichen planus, etc. Les faits qui rentrent dans ce groupe ne prêtent plus à l'heure actuelle à la discussion : personne ne songe plus à leur donner le nom de pemphigus.

B. Le deuxième dans lequel l'éruption bulleuse est le symptôme capital ou tout au moins l'un des symptômes capitaux de l'affection. C'est à propos de certaines des dermatoses que renferme ce groupe que l'on discute, et que l'on discutera sans doute encore pendant de longues années.

Nous pouvons cependant tout d'abord, et sans aucune difficulté, du moins nous le pensons, distraire de ce groupe quelques formes morbides nettement définies qui peuvent accidentellement revêtir l'aspect bulleux, et que l'on ne saurait faire rentrer dans les pemphigus. Ce sont :

1° *Les éruptions bulleuses traumatiques*, par brûlure directe, par applications sur la peau de substances vésicantes ou simplement irritantes ;

2° *Les éruptions dysidrosiques à grosses vésicules ;*

3° *Certains eczémas à grosses vésicules* arrivant à avoir le volume de véritables bulles, comme chez certains goutteux : mais presque toujours, il faut bien le reconnaître, il s'agit dans ces cas d'éruptions provoquées par quelque application irritante, teinture pour cheveux, teinture pour vêtements, iodoforme, salol, acide phénique, sublimé, etc., etc.

Ces trois premières catégories sont assez nettes.

Il n'en est pas tout à fait de même des deux suivantes, dont les types purs sont admis par presque tous les dermatologistes comme constituant des formes morbides distinctes non justiciables du nom de pemphigus, mais dont les contours sont un peu flous, ou pour mieux dire qui sont reliés par de nombreux faits de passage à

des dermatoses que beaucoup d'auteurs regardent comme étant des pemphigus. Ce sont :

4° *L'urticaire bulleuse;*

5° *L'érythème polymorphe vésiculo-bulleux.*

Après élimination de toute cette série de faits, nous nous trouvons en présence d'un groupe immense d'éruptions dans lesquelles la bulle est la lésion élémentaire par excellence et auxquelles on a surtout attribué la dénomination de Pemphigus. C'est, ou pour mieux dire c'était, avant les travaux de ces vingt dernières années, un inextricable chaos. Nous allons en donner une vue d'ensemble.

Nous distinguerons tout d'abord les entités morbides suivantes qui nous semblent bien définies :

a) Ce qu'on appelle le *Pemphigus épidémique des nouveau-nés*, affection épidémique et contagieuse qui n'est très probablement qu'une sorte d'impetigo contagiosa, et qui devrait être séparée des Pemphigus vrais, dépossédée du nom de Pemphigus qu'elle ne mérite pas, et rangée dans l'impétigo de Tilbury Fox. Nous la décrivons à côté de l'impétigo dans les dermatoses microbiennes.

b) Ce qu'on appelle le *Pemphigus épidémique de l'adulte* qui n'est très probablement qu'une affection analogue à la précédente.

c) L'*Epidermolyse bulleuse héréditaire*, affection tout à fait spéciale, digne d'être rattachée aux malformations congénitales, et devant, elle aussi, être définitivement distraite du groupe des pemphigus vrais.

d) On peut annexer à l'épidermolyse bulleuse héréditaire le type auquel nous avons donné le nom de *Pemphigus successif à kystes épidermiques*; nous croyons cependant qu'on ne peut identifier totalement ces deux affections.

Après élimination de ces entités morbides nous pénétrons encore plus intimement dans le groupe des Pemphigus vrais et nous trouvons :

e) Une affection bulleuse aiguë fébrile grave, que l'on a dénommée *Pemphigus aigu fébrile grave*, et qui semble être une affection de nature infectieuse (voir *Maladies microbiennes à microbes inconnus*).

f) Une affection chronique grave, bulleuse et végétante, décrite par Neumann sous le nom de *Pemphigus vegetans*, et qui est peut-être infectieuse et microbienne, mais dont on ne connaît pas encore nettement l'agent pathogène (voir *Id*).

g) Une affection chronique bulleuse, à bulles mal formées, exfoliante, et érythrodermique, un peu discutable comme forme morbide vraie, et que l'on a dénommée *Pemphigus foliacé* (voir *Réactions cutanées*).

h) Une affection également assez discutable, purement bulleuse, successive, propre à la femme, à laquelle on a donné le nom de *Pemphigus virginum*, et dont il faut rapprocher ce que l'on a décrit sous le nom de *Pemphigus hystérique*. Nous en dirons quelques mots au chapitre des *Trophonévroses*.

Après élimination de ces catégories de faits, on trouve encore une foule d'éruptions bulleuses constituant ce que les divers auteurs ont décrit sous les noms de : herpes phlyctænodes, herpes circinatus bullosus, hydroa bulleux, pemphigus circinatus, pemphigus pruriginosus, pemphigus composé, pemphigus chronique vrai, etc., etc.

Duhring a édifié avec une partie de ces faits sa *dermatite herpétiforme*. Plus radical que lui, nous en avons englobé la majeure partie dans notre conception des *dermatites polymorphes douloureuses* (voir ce mot).

Mais, après élimination du vaste groupe des dermatites polymorphes douloureuses, il reste encore un certain nombre de faits, des plus rares d'ailleurs,

qui nous paraissent mériter le nom de *Pemphigus chronique vrai* (voir ce mot aux *Réactions cutanées*).

Dans un article récent des plus intéressants et fort consciencieux, Radaeli en revient à la conception simpliste du Pemphigus à peu près telle que la professait Kaposi. Au fond il n'est pas très éloigné de notre théorie des dermatites polymorphes douloureuses beaucoup plus large et plus uniciste que la théorie de la dermatite herpétiforme de Duhring.

Ceux que cette question un peu aride des éruptions bulleuses intéresse devront se reporter à notre article *Pemphigus* de la *Pratique dermatologique*. Ils y trouveront succinctement exposées les diverses phases par lesquelles est passée l'histoire du Pemphigus, et les théories actuellement en honneur sur cette question si épineuse. (Se reporter en outre à l'article *Dermatites polymorphes douloureuses* de cet ouvrage.)

PÉNIS

(*Affections cutanées du Pénis*).

La pathologie de la région tégumentaire à laquelle on est convenu de donner le nom de *muqueuse glando-préputiale* ne présente rien de bien spécial.

Le *phimosis* est du domaine de la chirurgie : il en est de même pour les *tumeurs* de diverse nature qui peuvent s'y développer.

Les *troubles de la pigmentation* de ces régions s'observent dans la maladie d'Addison, dans l'argyrie, dans l'arsenicisme (voir ces mots.)

Il peut s'y développer de l'*eczéma*, du *psoriasis*, des *parakératoses psoriasiformes*, du *lichen plan*, de *la leucoplasie*, etc... C'est un des sièges de prédilection de l'*herpès* (voir ce mot), de l'*éléphantiasis*, des *végétations*, du *chancre simple*, du *chancre syphilitique*, des *syphilides*, etc...

Mais en outre on y constate fréquemment des inflammations plus ou moins accentuées qui occupent tantôt la surface du gland, tantôt la face interne du prépuce, tantôt et surtout le sillon glando-préputial, tantôt cette région tout entière, et qui portent le nom de *balanites* et de *balano-posthites*.

Elles sont presque toujours de cause externe, et on peut les subdiviser d'après leur étiologie en :

1° *Traumatiques*, par irritations mécaniques directes, ou par contact de corps irritants, tels que l'urine, dans le cas de phimosis et de manque de soins hygiéniques ;

2° *Mixtes*, consécutives à des contacts de liquides irritants et à des pullulations de microbes banals, comme dans le diabète (*diabétides génitales*) (voir ce mot) : il est probable qu'on doit y faire rentrer l'ancienne balanite simple ou catarrhale.

3° *Balano-posthites microbiennes spécifiques* qui comprennent :

a) La *balano-posthite blennorragique ;*

b) La *balano-posthite érosive circinée* de *Berdal et Bataille* (voir ce mot) ;

c) La *balano-posthite pustulo-ulcéreuse* de *du Castel* (voir ce mot).

Nous allons donner ici une description d'ensemble de la *Balanite* considérée comme un syndrome.

BALANITE

La *balanite* est l'inflammation de la muqueuse du gland. Presque toujours elle coïncide avec l'inflammation de la muqueuse du prépuce : c'est ce que l'on appelle la *balanoposthite*.

Étiologie. — Comme nous venons de le dire, la balanite peut reconnaître les causes les plus diverses : ce n'est pas une entité morbide bien définie. Elle peut se développer primitivement, ou dans le cours d'une autre maladie qu'elle vient compliquer.

C'est ainsi qu'elle peut être un des symptômes ou une complication du chancre simple, de l'herpès, de la syphilis, de la blennorrhagie, du diabète (voir ces mots).

Certaines personnes semblent y être prédisposées soit par une hypersécrétion considérable des glandes préputiales, soit par un phimosis accidentel ou congénital, qui favorise l'accumulation dans le sillon glando-préputial des matières sécrétées par la muqueuse, la stagnation des urines, et qui rendent plus difficiles les soins de toilette.

La masturbation favorise le développement de la balanite.

Symptômes. — La balanite est souvent consécutive à ces simples conditions d'hygiène défectueuse, soins de propreté incomplets, stagnation de quelques gouttes d'urine qui fermentent entre le prépuce et le gland, traumatismes. On voit alors la muqueuse s'enflammer, rougir, se tuméfier même. D'ailleurs rien de plus variable que l'intensité du processus : son maximum siège d'ordinaire vers le sillon glando-préputial : la muqueuse est atteinte en totalité ou en partie : parfois la rougeur est disposée par petites plaques ; parfois elle est superficielle, légère, à peine rosée; parfois elle est rouge vif, avec suintement abondant d'un liquide puriforme, œdèmes, hypertrophie des papilles, démangeaisons plus ou moins vives, souvent sensibilité au toucher. Il peut même survenir des érosions plus ou moins étendues, parfois sanguinolentes, et enfin de véritables ulcérations qui siègent surtout vers la base du gland, et, qui par leur cicatrisation donnent naissance à des synéchies entre le prépuce et le gland. Dans les balanites chroniques, comme celles du diabète, le prépuce peut s'infiltrer progressivement, se scléroser et former un phimosis cicatriciel inextensible.

On a déjà essayé de préciser quels sont les microbes qui pullulent dans le sillon balano-préputial et qui y jouent un rôle pathogène : mais on n'a pas encore épuisé cette question. Dans une fort intéressante communication à la Société de Dermatologie, le 11 avril 1904, Rist a prouvé que des microorganismes strictement anaérobies peuvent jouer une action prépondérante dans certaines balanites, ce qui explique qu'un des meilleurs traitement de ces affections consiste à découvrir le gland.

(Voir en outre le mémoire de H. Vincent, Recherches bactériologiques sur la balanite vulgaire, *Annales de Dermat. et de syph.*, juin 1904, p. 497, et les travaux de *Queyrat*, 1905.)

Les complications possibles de la balanite sont les lymphangites, les adénites inguinales. Dans les balanites secondaires avec phimosis on a pu observer de la gangrène du prépuce.

Traitement. — Le traitement de la balanite simple consiste essentiellement en soins d'hygiène.

Avant tout, on lavera soigneusement le prépuce et la rainure glando-préputiale avec de l'eau bouillie pure ou additionnée d'un peu d'eau blanche ou de coaltar saponiné ; on les savonnera même si c'est possible, et on les poudrera avec une poudre inerte non fermentescible, talc, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, kaolin, ceyssatite, etc... Au besoin on interposera un fin morceau de toile fine et usée imprégnée de poudre entre le prépuce et le gland.

En outre on recommandera au malade de ne jamais uriner dans son prépuce, et de ne jamais laisser stagner de l'urine entre le prépuce et le gland. Avant d'uriner, on retire le prépuce en arrière, puis on sèche le méat avant de lui laisser prendre sa position normale.

Il est rare que ces soins ne suffisent pas.

Dans les cas rebelles on a recours aux badigeons quotidiens avec des solutions de nitrate d'argent au 1/100, au 1/50, avec des solutions d'acide picrique au 1/100, de bleu de méthylène au 1/250, parfois aux applications de préparations mitigées de goudron ou d'ichthyol.

Dans les cas de phimosis extrêmement étroit, on fait des injections fréquentes entre le prépuce et le gland avec des liquides légèrement antiseptiques, en particulier avec de l'eau oxygénée diluée, ou avec des solutions de résorcine à 2 ou 10 p. 500 suivant la tolérance des sujets.

PITYRIASIS

Le mot *pityriasis* (de πίτυρον, son) signifie *affection cutanée caractérisée par une fine desquamation.* Ce n'est qu'un symptôme qui s'observe dans plusieurs dermatoses distinctes les unes des autres comme nature, aspect, évolution. Il ne faut donc jamais, quand on veut faire un diagnostic précis, se servir du mot pityriasis seul ; il faut toujours ajouter une épithète qui caractérise l'affection dont il s'agit.

Voici quelles sont les dermatoses qui sont encore à l'heure actuelle désignées sous le nom de pityriasis.

Le pityriasis simplex de la face et du cuir chevelu, affection banale qu'Unna a rattachée à son eczéma séborrhéique, à laquelle nous avions donné le nom de *séborrhéide pityriasique,* et à laquelle Sabouraud veut restituer définitivement sa dénomination ancienne de pityriasis simplex, proposition à laquelle nous ne faisons aucune objection (voir *Dermatoses parasitaires*).

Le *pityriasis rosé de Gibert,* sorte d'exanthème spécial sans gravité (voir *Réactions cutanées pures*) ;

Le *pityriasis circiné et marginé d'E. Vidal* qui n'est sans doute qu'une variété de la précédente affection ;

Le *pityriasis rubra* typique de Hebra, affection des plus graves, et ses variétés bénignes (*pityriasis rubra subaigu bénin*), que nous avons rangés provisoirement dans le groupe des réactions cutanées ;

Le *pityriasis rubra pilaris* de Devergie, Besnier, Richaud, affection bénigne, mais des plus tenaces, que nous rangeons à côté du psoriasis ;

Le *pityriasis versicolore,* affection parasitaire tenace, mais des plus bénignes, (voir *Dermatoses parasitaires*).

Enfin dans ces derniers temps Sabouraud a proposé de désigner sous le nom de

pityriasis stéatoïde toute une série d'affections qui ont été décrites sous les noms les plus divers, qui faisaient partie de l'eczéma séborrhéique d'Unna, et qui nous paraissent répondre : 1° à notre dermatose figurée médio-thoracique ; 2° à une partie de nos parakératoses psoriasiformes eczématisées, et 3° probablement aussi à certaines de nos parakératoses psoriasiformes typiques (voir ces mots).

Comme on le voit, on ne peut établir aucun lien entre ces diverses affections, et par suite on ne saurait conserver un groupe morbide *Pityriasis*.

POILS

Les affections du système pileux sont des plus complexes.

On sait que le cheveu subit les mêmes altérations de nutrition que l'ongle sous l'influence des états généraux de l'organisme. Matsuura (*Archiv. f. Dermat. und Syph.*, t. LXII) a montré que les troubles de la nutrition générale se traduisent sur le cheveu par un amincissement correspondant à la durée et à l'intensité de la maladie, par une diminution fréquente du pigment, et une disparition de la couche médullaire ou de l'air qu'elle renferme.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de ces altérations.

Au point de vue *pratique* on peut diviser les maladies propres des poils en deux grandes catégories.

I. Celles qui compliquent d'autres dermatoses bien définies. — Telles que l'eczéma, le psoriasis, les dermatites exfoliatives, le lupus érythémateux, les sclérodermies, etc. (voir chacune de ces dermatoses et l'article d'ensemble *Alopécies*).

II. Celles qui semblent frapper plus spécialement le système pileux, ou qui sont propres aux poils. — Ces dernières se subdivisent en :

A. *Affections du système pileux qui semblent être de nature parasitaire :*

a) Celles qui le sont certainement : telles que le favus, les trichophyties, la teigne tondante Gruby-Sabouraud, la piedra, le lepothrix, la maladie de Beigel.

b) Celles qui le sont peut-être (??) : telles que certaines alopécies peladiformes, la plique, la trichorrhexis nodosa.

B. *Affections des poils qui semblent tenir à des troubles de nutrition.* — Telles que la plupart des pelades, la trichoptilose, le nodose hair, les atrophies des poils, la calvitie, les hypertrophies des poils ou hypertrichose, peut être la trichorrhexis nodosa et la plique.

Il est probable que cette dernière affection n'est qu'un symptôme : aussi allons-nous en dire quelques mots dans ces tableaux d'ensemble.

PLIQUE

Symptômes. — On a donné le nom de *plique* (*Trichosis plica, trichoma*, etc., à une affection caractérisée par un enchevêtrement inextricable des cheveux, qui sont emmêlés avec toute sorte de corps étrangers tels que des poussières, des graisses, des parasites, etc... Elle s'observe surtout dans les pays pauvres comme la Pologne (*plica polonica*) et chez les personnes qui ne prennent aucun soin de leur chevelure.

D'après l'aspect des nattes, on a décrit la plique uniforme, cunéiforme, caudi-

forme, multiforme, en faucille, en spirale, à chignon bifurqué, en turban, en nids d'oiseaux, etc., etc... On en a vu des cas chez l'homme, mais c'est surtout chez la femme qu'on la rencontre. Elle est *sèche*, et le cuir chevelu est dans ces cas recouvert de croûtes ou de squames, ou *humide*, et dans ce cas le cuir chevelu est humide et graisseux. Il s'en exhale d'ordinaire une odeur repoussante.

On a voulu décrire à cette affection un parasite spécial. Il semble ne pas en exister ; mais souvent elle coïncide avec de la pédiculose ou avec une maladie quelconque du cuir chevelu, ulcères syphilitiques, ou autres.

Traitement. — On arrive parfois, à force de patience, à démêler les cheveux après les avoir imbibés d'huile ordinaire, et les avoir savonnés. S'il y a des parasites, il est bon de remplacer l'huile par du pétrole ou du baume du Pérou. Le plus souvent, la seule médication efficace consiste à les couper ras, puis à savonner le cuir chevelu, et à le traiter s'il est malade.

POROKÉRATOSE

On donne le nom générique de *Porokératose* à des affections caractérisées par un développement exagéré de substance cornée autour des orifices des glandes sudoripares.

Ce processus semble pouvoir se développer primitivement ou secondairement à une affection antérieure.

I. Porokératoses primitives. — On en distingue deux types :

a) L'un décrit par Mibelli et Respighi en 1893, et connu depuis lors sous le nom tout court de *porokératose*, ou encore de *porokératose de Mibelli ;*

b) L'autre auquel, avec notre élève Mantoux, nous avons donné le nom de *porokératose papillomateuse palmaire et plantaire* (voir ce mot).

II. Porokératoses secondaires. — Elles s'observent dans la *syphilis*, le *lichen plan*, la *porospermose folliculaire végétante*, les *verrues familiales héréditaires avec dyskératoses systématisées* (Emery, Gastou et Nicolau), dans certains *nævi*.

PURPURAS

Il n'existe pas un groupe nosologique bien défini auquel on puisse donner rationnellement le nom générique de *purpura*. (Voir le rapport de Török au XIVe Congrès international de Médecine de Madrid.)

Symptômes. — On désigne sous ce nom des affections ayant pour symptôme objectif appréciable à l'œil la lésion élémentaire que nous étudions dans les généralités sous le nom de purpura. Or ces affections sont pour la plupart totalement différentes les unes des autres. En réalité, le purpura n'est qu'un symptôme. Il peut s'observer dans certaines maladies bien définies ; il peut compliquer certaines dermatoses surtout lorsqu'elles siègent aux membres inférieurs chez des personnes âgées ou variqueuses.

Quand ce symptôme ne s'observe pas dans le cours d'entités morbides nettement définies, quand en outre il se produit avec une réelle intensité, on dit qu'il s'agit

de purpuras primitifs ou essentiels : en réalité il s'agit alors d'intoxications de natures diverses ou d'infections qui se manifestent objectivement surtout par le symptôme purpura. Ce ne sont pas là des dermatoses véritables, et nous n'avons pas à les étudier dans cet ouvrage.

En somme les purpuras sont caractérisés par des lésions élémentaires de la peau constituées par des taches plus ou moins arrondies et régulières, toujours multiples, mais plus ou moins nombreuses, pouvant être confluentes, d'un rouge vif ou bleuâtre, parfois noirâtres, ne disparaissant pas par la pression du doigt, et subissant ensuite les diverses transformations des épanchements sanguins. Ce ne sont en effet que de petites extravasations sanguines (voir pour plus de détails *Lésions élémentaires*).

Elles se produisent parfois au niveau des orifices pilo-sébacés : elles se montrent surtout aux membres inférieurs, plus rarement aux avant-bras et aux bras, beaucoup plus rarement encore au tronc et à la face.

La marche et la station debout prolongée favorisent leur apparition. Le décubitus diminue au contraire leur durée, et empêche presque toujours les poussées nouvelles de se produire.

Ces taches sanguines tendent peu à peu à disparaître : elles perdent leur teinte d'un rouge vif, deviennent plus fauves, prennent une coloration marron clair, puis jaune, parfois un peu verdâtre ; enfin elles disparaissent après plusieurs jours d'évolution. Le plus souvent pendant cet intervalle de temps des taches nouvelles ont apparu. Le purpura évolue en effet par poussées successives.

Les hémorragies cutanées coïncident parfois avec d'autres éruptions, en particulier avec des éléments d'érythème polymorphe. Elles ne sont d'ordinaire dans ces cas, comme nous venons de le dire, que de simples accidents compliquant certaines dermatoses ; c'est ainsi que dans les eczémas et les psoriasis chroniques qui s'accompagnent de dermites profondes aux membres inférieurs, il est fréquent de constater un piqueté purpurique des plus serrés.

Par contre, les hémorragies cutanées peuvent coïncider avec des symptômes internes plus ou moins graves, fièvre, phénomènes généraux, hémorragies par les diverses muqueuses, nasale, gingivale, stomacale et intestinale, et même hématuries, hémoptysies, hémorragies cérébrales.

Étiologie. Pathogénie. — Le purpura est donc, suivant les cas, symptomatique des états morbides les plus divers ; son étude appartient à la pathologie générale. Nous renvoyons pour plus détails aux ouvrages spéciaux, à l'excellent article de Mathieu du *Dictionnaire encyclopédique*, aux travaux de Lenoble, de Klippel et Lhermitte (*Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 257), etc.

Voici l'énumération des principales entités morbides distinctes dont le purpura peut être l'un des symptômes :

I. Purpuras de cause purement locale. — Ces purpuras se développent dans le cours d'une affection purement locale, comme une phlébite, une névrite, etc.

II. Purpuras dépendant de causes qui font porter leur action sur l'organisme tout entier. — a) *Purpura exanthématique rhumatoïde.* — Mathieu désigne sous ce nom la maladie que Laget a appelée *purpura exanthématique*, du Castel *purpura rhumatismal exanthématique*, E. Lenoble *purpura myéloïde*, car il frappe surtout, d'après lui, la moelle osseuse, etc. Ce groupe morbide comprend toute une série de faits comparables entre eux, dans lesquels on peut faire rentrer la *péliose* de

Schönlein, le *purpura myélopathique* de Faisans, etc., et qui sont caractérisés :

1° *Par des déterminations rhumatoïdes* consistant surtout en douleurs arthralgiques limitées aux membres inférieurs, aux articulations du cou-de-pied et du genou, en sensations de brisure généralisées, parfois en tuméfactions au niveau des jointures;

2° *Par des phénomènes gastro-intestinaux*, tels que de la gêne et de la lourdeur d'estomac après le repas, de la douleur aux creux épigastrique, et même des vomissements;

3° *Par des manifestations cutanées, pétéchies et ecchymoses*, présentant les caractères que nous avons signalés plus haut, compliquées parfois d'érythèmes, d'œdèmes mobiles ou fixes, d'urticaire, de nodosités semblables à celles de l'érythème noueux : dans quelques cas, elles affectent en se groupant la forme circinée: elles siègent, comme nous l'avons dit, symétriquement aux deux jambes, aux cuisses, plus rarement aux avant-bras, aux bras et à la partie inférieure du tronc. Elles évoluent par poussées successives; de telle sorte qu'on voit coïncider chez le même sujet des taches jaunâtres ou bistres, vestiges d'éruptions antérieures, avec des taches récentes d'un rouge vif.

Cette forme de purpura s'observe surtout chez des sujets un peu affaiblis, débilités, surmenés, se tenant toujours debout, à la suite d'émotions vives. La plupart des auteurs admettent que dans ces cas le système nerveux central est intéressé.

b) *Scorbut sporadique* — Dans le groupe de faits que l'on a dénommés *scorbut sporadique* on observe : 1° des pétéchies et des plaques ecchymotiques aux membres inférieurs qui se tuméfient de plus en plus et deviennent le siège d'œdèmes durs; 2° des hémorragies par les gencives qui sont gonflées, fongueuses et douloureuses; parfois même les dents sont ébranlées; 3° des douleurs dans les membres; 4° enfin un état général de faiblesse et d'anémie fort accentué.

Le scorbut sporadique se produit surtout, comme le scorbut vrai, dans des conditions toutes spéciales d'alimentation défectueuse et de manque d'air, dans les prisons par exemple : on peut en rapprocher la *maladie de Barlow*.

c) *Scorbut vrai*. — (Voir les ouvrages spéciaux.)

d) *Purpuras infectieux primitifs*. — Ce sont des purpuras dans lesquels l'intensité des symptômes généraux montre qu'il s'agit d'une infection générale de l'organisme, et cependant on ne peut rattacher les symptômes observés à aucun type morbide connu.

On doit ranger dans ce groupe (Mathieu) le *purpura idiopathique aigu* ou *typhus angio-hématique* de Gomot, et le *purpura hémorragique primitif* de Martin de Gimart.

Mathieu distingue trois variétés de ces affections : 1° *la forme typhoïde*; 2° *la forme suraiguë;* 3° *la forme pseudo-rhumatismale* (voir article de Mathieu dans le *Dictionnaire encyclopédique*).

e) *Purpuras hémorragiques à début brusque non fébrile*. C'est le *type de Werlhof*. — Dans cette forme, ce que l'on observe surtout, ce sont des hémorragies et du purpura survenant brusquement, souvent sans cause appréciable, sans fièvre notable, sans infection évidente, sans hémophilie antérieure, sans intoxication, sans anémie grave, sans leucocythémie. (Mathieu.)

Parfois une chute, une peur ou une colère violente sont le point de départ des accidents.

f) *Purpuras toxiques*. — L'absorption de certaines substances peut être suivie de l'apparition de types divers de purpuras : tous ces phénomènes sont exclusive-

ment sous la dépendance de la prédisposition individuelle. Parmi les substances qui déterminent la production d'hémorragies cutanées citons l'iodure de potassium, l'arsenic, le chloral, le sulfate de quinine, l'alcool, etc.

g) *Purpuras cachectiques.* — Le purpura peut venir compliquer presque toutes les affections cachectiques, mais surtout les anémies graves pernicieuses, l'alcoolisme, le mal de Bright, l'impaludisme, la pellagre, la tuberculose, le cancer, la lymphadénie, la leucocythémie, la convalescence des grandes pyrexies, etc.

h) *Purpuras infectieux secondaires.* — Le purpura s'observe assez souvent dans certaines maladies générales infectieuses, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. Nous n'insisterons pas sur la valeur pronostique de son apparition dans ces cas, et sur la gravité que prend immédiatement la scène morbide.

i) *Hémophilie.* — On désigne sous le nom d'hémophilie une disposition générale héréditaire de l'organisme, grâce à laquelle la moindre cause suffit à produire des ecchymoses et des hémorragies fort difficiles à arrêter.

Traitement. — D'après la rapide énumération qui précède, on voit que l'on ne peut formuler un traitement du *purpura*. On doit traiter la maladie cause du symptôme et les diverses complications qui surviennent, en particulier les hémorragies qui se produisent du côté des muqueuses : l'état des gencives réclame souvent des soins spéciaux (poudres dentifrices au quinquina, au ratanhia, collutoires au jus de cresson, cochléaria, citron, etc.).

Dans le purpura exanthématique rhumatoïde, le seul dont nous ayons réellement à parler dans ce livre, il suffit le plus souvent de faire suivre au malade une bonne hygiène alimentaire, de lui faire garder le repos au lit dans une pièce bien aérée pour voir cesser les accidents. Par contre, s'il se lève trop tôt, et surtout s'il prend de l'iodure de potassium, les hémorragies cutanées reparaissent.

E. Besnier prescrit parfois de mettre les membres dans l'élévation et de pratiquer une compression légère. E. Vidal fait appliquer des compresses de tarlatane imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque au centième ou au deux centième.

Si l'éruption s'accompagne de prurit, on peut laver les parties malades avec de l'esprit-de-vin pur ou additionné d'un centième ou d'un deux centième d'acide salicylique ou d'acide phénique.

Nous donnons dans les purpuras de l'ergotine, de l'hamamélis de Virginie, parfois du perchlorure de fer ; nous conseillons de prendre quelques boissons acidulées, de mâcher des citrons et de manger des légumes verts. L'alimentation doit être tonique et réparatrice. Pendant quelque temps, le malade doit éviter les fatigues et les émotions fortes.

SCROFULIDES

L'esprit général de cet ouvrage élémentaire ne nous permet pas d'entrer dans une discussion approfondie de la scrofule et des scrofulides. Mais, comme le mot *scrofulides* est encore employé par nombre de praticiens, il nous paraît indispensable de faire pour lui ce que nous avons jugé inutile de faire pour les mots arthritides et herpétides, c'est-à-dire de montrer qu'il ne s'applique plus, à l'heure actuelle, à aucune dermatose distincte.

Nous rappellerons donc brièvement ce que l'on désignait, il y a trente ans, sous le nom de scrofulides, et nous indiquerons quelles sont les entités morbides actuellement admises qui leur correspondent.

Définition. Divisions. — Les *scrofulides* (manifestations cutanées, sous-cutanées, muqueuses et ganglionnaires de la scrofule) appartiennent, d'après Bazin, à la première et à la deuxième période de la scrofule. Cet auteur les a divisées en quatre groupes principaux :

I. Les *scrofulides cutanées superficielles, primitives ou bénignes ;*

II. Les *scrofulides cutanées profondes, secondaires ou malignes ;*

III. Les *scrofulides des membranes muqueuses;*

IV. Les *écrouelles* ou *engorgements ganglionnaires.*

Nous n'avons ici qu'à nous occuper des deux premiers groupes.

I. Scrofulides cutanées bénignes. — Les *scrofulides cutanées bénignes* comprennent, d'après Bazin :

1° Les *scrofulides érythémateuses* dont il admet trois formes ;

a) L'*engelure permanente* (mains tuméfiées et bleuâtres) (voir *éruptions artificielles*) ;

b) L'*érythème induré* qui siège aux jambes et qui s'observe surtout chez les jeunes filles (voir *Tuberculides*) ;

c) La *couperose scrofuleuse* (voir *Acné rosacée* aux *Dermatoses microbiennes*);

2° Les *scrofulides exsudatives* dans lesquelles rentrent :

a) L'*impétigo* (voir ce mot aux *Dermatoses microbiennes*);

b) L'*impétigo granulata* (voir *Phtiriase* aux *Dermatoses parasitaires*);

c) L'*eczéma impétigineux* ou *gourmes* (voir *Eczéma* aux *Réactions cutanées*);

d) La *teigne amiantacée* (voir *Eczéma du cuir chevelu*) ;

e) La *scrofulide sébacée* (voir *Séborrhée*).

3° Les *scrofulides boutonneuses*, qui comprennent :

a) Le *strophulus* (voir ce mot aux *Réactions cutanées*) ;

b) Le *prurigo* et le *lichen scrofuleux* (lichen agrius de Devergie) (voir *Lichen* aux *Réactions cutanées*) ;

c) L'*erythema papulatum*, qui siège sur le dos des mains et sur les joues où il alterne avec les engelures, et qui est caractérisé par une rougeur érythémateuse diffuse, persistante, indolente, ou accompagnée d'un peu de cuisson ou de prurit, et sur laquelle tranchent quelques saillies papuleuses (Bazin);

d) L'*acné scrofuleuse* ou *scrofulide acnéique boutonneuse* (voir *Acné*).

II. Scrofulides malignes. — Elles sont caractérisées, toujours d'après Bazin, par les six principales particularités suivantes : 1° par l'extension aux couches profondes de la peau ; 2° par la circonscription plus limitée, plus restreinte, des parties affectées; 3° par l'absence de douleur ; 4° par l'hypertrophie, suivie plus tard d'une atrophie remarquable des parties atteintes ; 5° par leur coloration d'un rouge violacé ou livide ; 6° par les cicatrices indélébiles qu'elles laissent.

Elles peuvent être divisées en trois groupes d'après l'aspect des phénomènes éruptifs :

1° *Scrofulide érythémateuse maligne :* elle comprend :

a) L'*érythème centrifuge*, ou *lupus érythémateux* (voir ce mot aux *tuberculides*);

b) Le *lupus acnéique* (*herpès crétacé* de Devergie) (voir *Lupus érythémateux*).

2° *Scrofulide tuberculeuse ;* elle comprend :

a) Le *lupus tuberculeux* (voir *Lupus vulgaire* aux *Dermatoses microbiennes*);

b) La *scrofulide tuberculeuse inflammatoire* (variété de lupus ou mieux de tuberculose de la peau) ;

c) Le *molluscum* (?).

3° *Scrofulide crustacée ulcéreuse.* Elle correspond au lupus ulcéreux, au lupus térébrant, au lupus vorax, et très probablement aussi aux *gommes tuberculeuses ou scrofuleuses* (voir *Tuberculose de la peau*).

Le tableau d'ensemble qui précède montre avec la dernière évidence que le mot *scrofulide* ne répond plus à l'heure actuelle à une dermatose distincte.

Comme celui d'arthritide, comme celui d'herpétide, il ne peut plus être conservé. Il ne signifie plus qu'une sorte d'état particulier du malade, qu'une disposition générale de l'économie qui fait que l'organisme est un terrain favorable à la germination et au développement de certains microbes et des dermatoses que nous venons d'énumérer.

SÉBORRHÉIDES

Quand Unna eut créé sa conception de l'eczéma, fonction du microbe auquel il a donné le nom de morocoque, et édifié son type de l'eczéma séborrhéique[1], nous avons cru devoir réagir : pour faire pénétrer dans l'esprit du public médical cette idée pour nous fondamentale que la plupart des dermatoses qu'Unna désignait sous le nom d'eczéma séborrhéique devaient être nettement distinguées de l'eczéma vésiculeux vrai, nous avons proposé de les désigner sous le nom de *séborrhéides*. Nous espérions, en choisissant cette dénomination dérivée de celle qu'Unna avait adoptée, arriver plus facilement à faire accepter nos idées.

En appelant *séborrhéides* tout cet ensemble de dermatoses, nous n'avions donc nullement la pensée d'édifier une entité morbide bien définie à laquelle ce terme s'appliquerait. Dans nos travaux sur ce sujet, nous avons au contraire bien nettement spécifié que sous cette étiquette nous groupions toute une série de faits assez disparates, catégorisés par Unna dans son eczéma séborrhéique. C'était donc, et c'est encore, un groupe d'attente.

Il est assez difficile d'y établir des divisions précises.

Les diverses variétés objectives de ces dermatoses peuvent en effet se mêler, se confondre, se superposer chez le même sujet. Nous croyons cependant qu'il est possible de les diviser dès maintenant en quatre groupes principaux.

Premier groupe objectif. — Nous rangeons dans un premier groupe des faits assez nettement spécifiés au point de vue symptomatique et évolutif, dans lesquels l'éruption est caractérisée : 1° par sa localisation à la partie médiane de la poitrine (région présternale), à la partie médiane du dos (espace intercapsulaire) et au cuir chevelu; 2° par son aspect élégant, étant disposée par petits points périfolliculaires, ou par circinations complètes ou incomplètes : c'est le lichen circumscriptus de

[1] Nous prions les lecteurs que cette question intéresse de se reporter à notre travail d'ensemble paru en 1900 dans les *Annales de Dermatologie* : ils y trouveront tous les détails nécessaires aussi succinctement exposés que possible sur les théories d'Unna et sur les discussions auxquelles elles ont donné lieu.

Willan et Bateman, le lichen gyratus de Cazenave et Biett, le lichen annulatus serpiginosus de Wilson, le lichen acnéique de Weyl, l'eczéma acnéique de Bazin et Lailler, l'eczéma flanellaire des médecins de l'hôpital Saint-Louis, la séborrhœa corporis de Duhring, la circinaria de Payne, l'eczéma séborrhéique typique d'Unna, la séborrhéide eczématisante typique d'Audry, notre dermatose figurée médio-théracique, le pityriasis médio-thoracique de Sabouraud, etc... Il semble, d'après ses caractères objectifs, son évolution, ses réactions à la thérapeutique locale, que les infections microbiennes jouent un rôle majeur dans le développement de cette affection. Elle a d'étroits rapports avec la séborrhée huileuse ou fluente : elle se développe toujours aux lieux d'élection de cette séborrhée. On pourrait donc sans inconvénients lui conserver ce nom de *séborrhéide* qu'avec Audry nous lui avons donné. Nous estimons d'autre part qu'elle ne se complique pas d'eczéma vrai d'une manière assez constante pour mériter l'épithète d'eczématisante : il vaut bien mieux lui attribuer, d'après son aspect clinique, l'épithète de *figurée*, et celle de *circinée* ou de *péripilaire*, selon ses variétés objectives.

Nous décrivons ce type morbide dans les dermatoses microbiennes sous le nom de *Dermatose figurée médio-thoracique* (ou *Séborrhéide circinée, Séborrhéide péripilaire*).

Deuxième groupe. — Notre deuxième groupe de faits renferme des dermatoses rares, qui sont caractérisées au point de vue objectif par des éléments plus ou moins étendus, peu ou point infiltrés, d'une rougeur presque toujours pâle, recouverts d'une desquamation pityriasique, disséminés çà et là sans systématisation aucune à la surface des téguments ; leur longue durée habituelle, leur torpidité, leur peu de retentissement sur l'état général, l'absence totale ou presque totale de prurit, leur défaut absolu de tendance à l'eczématisation, les séparent nettement des groupes suivants avec lesquels elles ont cependant d'étroites affinités, car elles leur sont reliées par des faits de passage. Les mêmes caractères et l'absence du signe du coup d'ongle les différencie du psoriasis. A la très grande rigueur on pourrait concevoir que des auteurs simplistes en fassent des psoriasis spéciaux d'aspect torpide ; mais ce serait vraiment étendre d'une singulière façon le domaine de ce type morbide et en vicier étrangement la physionomie clinique.

C'est pour ces éruptions si spéciales que nous avons créé le terme de *parapsoriasis*, et nous en avons, jusqu'à nouvel ordre, distingué trois variétés :

1° *Les parapsoriasis en gouttes ;* 2° *Les parapsoriasis en plaques ;* 3° *Les parapsoriasis lichénoïdes.*

Nous les décrivons à côté du psoriasis sous le nom de *parapsoriasis*.

Troisième groupe. — Notre troisième groupe est déjà beaucoup moins précis que les deux précédents au point de vue clinique.

Il est caractérisé par des plaques à bords plus ou moins arrêtés, pityriasiques, c'est-à-dire sèches et finement squameuses, au niveau desquelles le derme a sa couleur normale, ou est à peine rosé, point infiltré. Il correspond aux *dartres furfuracées*, aux *dartres volantes* des anciens auteurs, aux *pityriasis en plaques ;* c'est le *pityriasis simplex* de Sabouraud : c'étaient nos *séborrhéides pityriasiques*.

Ce type clinique se distingue de la dermatose figurée médio-thoracique par l'absence de rougeur du derme, et de circinations ou de figuration de l'éruption ; il se distingue des parapsoriasis par l'absence de rougeur, par sa mobilité, par la facilité avec laquelle il cède à la médication.

D'insensibles faits de passage au point de vue de l'*apparence objective* le relient aux faits complexes qui constituent notre quatrième groupe : il est impossible d'établir une ligne précise de démarcation *au point de vue clinique* entre ce pityriasis simplex et ce quatrième groupe.

Et cependant il semble que parmi les faits qui présentent l'aspect de ce pityriasis simplex, il en est dans la pathogénie desquels des microbes doivent jouer un certain rôle. A ce point de vue il est à l'heure actuelle déjà possible de le ranger sans trop d'illogisme dans les dermatoses parasitaires à côté de notre premier groupe. Mais il est impossible d'affirmer que des dermatoses squameuses d'origine non parasitaire et dignes d'être classifiées à côté du psoriasis ne revêtent pas cet aspect. Tous ces points réclament de nouvelles recherches de contrôle ; et, certes, il serait presque aussi rationnel, dans l'état actuel de la science, de décrire les faits contenus dans ce troisième groupe, à côté des faits du quatrième groupe, à la suite des psoriasis.

Si nous admettons au contraire avec Sabouraud que la spore de Malassez est l'agent pathogène réel de cette forme morbide, ce qui nous paraît d'ailleurs un peu discutable, si nous admettons en outre que la spore de Malassez est un cryptogame, nous sommes conduits à la classer dans les dermatoses parasitaires à parasites végétaux.

Quatrième groupe. — Ce quatrième groupe est fort mal défini. Il donne l'impression de renfermer encore plusieurs types morbides. Nous y rangeons en effet des dermatoses complexes disposées presque toujours en plaques à bords plus ou moins nets, d'un rouge rosé, d'un rouge bistre, d'un rouge intense, avec un degré d'infiltration des couches supérieures du derme répondant à l'intensité de la coloration, mais toujours fort léger. Elles constituent toute une série de faits s'élevant, *au point de vue objectif*, en gamme insensible des pityriasis simplex jusqu'au psoriasis.

Ces éruptions sont assez souvent prurigineuses ; elles peuvent même se lichénifier ; elles se compliquent très fréquemment d'eczéma surtout au niveau des plis, localisation qu'elles aiment. Il serait peut-être plus juste de dire qu'elles peuvent présenter par période ou par poussées de la vésiculation et du suintement, car c'est une question des plus litigieuses que de savoir si cette vésiculation et ce suintement font partie intégrante de la dermatose elle-même, ou bien si elles doivent être considérées comme un eczéma surajouté à la dermatose primitive.

Elles diffèrent des pityriasis simplex par la réaction inflammatoire des couches superficielles du derme, des parapsoriasis par leur évolution rapide, par le prurit, par leur disparition relativement aisée sous l'influence d'une médication locale appropriée, du psoriasis par des squames moins stratifiées, par une rougeur moins vive du derme, souvent par moins de netteté du signe du coup d'ongle, et par leur évolution.

Elles peuvent siéger en un point quelconque du corps. A l'inverse des dermatoses de notre premier groupe, elles ne paraissent pas avoir de relations directes avec la séborrhée ; on ne saurait donc en bonne et saine logique leur conserver le nom de séborrhéides que nous leur avions donné. Par contre, elles se rapprochent singulièrement comme aspect et comme réactions thérapeutiques du psoriasis. Le psoriasis fruste de Benassi (*Giornale Ital. delle Malattie ven. et della Pelle*, 1904, fasc. 1, p. 93) rentre probablement dans ce cadre.

Nous reconnaissons qu'on pourrait à la rigueur les annexer au psoriasis dont

elles constitueraient une forme adultérée. Mais leur importance est tellement considérable, leur fréquence est si grande, que nous croyons qu'on ne peut les laisser dans l'ombre comme constituant de simples faits de passage, et qu'elles méritent une description à part.

Aussi croyons-nous qu'en attendant leur étude et leur classification définitives on pourrait les désigner sous le nom d'attente de *parakératoses psoriasiformes*. Ce nom essentiellement objectif, que nous avons déjà proposé en 1900, indique simplement quel est l'aspect de ces éruptions : c'est encore une étiquette provisoire mise sur un groupe d'attente dans lequel les recherches ultérieures préciseront peut-être des entités morbides distinctes.

En tout cas, au point de vue clinique, il est possible d'y distinguer : 1° *des formes qui restent toujours sèches;* 2° *des formes qui s'eczématisent*, c'est-à-dire qui se vésiculisent, avec facilité ; 3° des formes à évolution subaiguë, à plaques éruptives multiples, à allures de pseudo-exanthèmes.

D'après Sabouraud, il serait dès maintenant légitime de le supprimer totalement.

On pourrait en effet, avec quelque bonne volonté, et quelque apparence de raison, rattacher les faits que nous y rangeons.

1° Les formes sèches squameuses aux variétés avortées de psoriasis ; 2° les formes humides et suintantes aux pityriasis stéatoïdes, ou aux streptococcies ; 3° les formes en plaques disséminées au pityriasis rosé de Gibert, etc... Mais nous pensons, après mûre discussion des faits cliniques, que la possibilité de cette identification n'est pas encore assez prouvée pour que nous l'admettions sans réserves.

Pour le moment, nous devons signaler l'existence de cette énorme série d'affections cutanées, à limites peu précises, reliant ensemble les psoriasis, les parapsoriasis en plaques, les pityriasis simplex, le pityriasis rosé de Gibert. Nous en donnons une description purement objective et quelque peu schématique à côté des psoriasis[1].

[1] Les leçons qui ont servi à la description des diverses affections comprises sous le vocable général de séborrhéides, ont été faites à nos élèves à l'hôpital Broca en 1901 et 1902. La description de ces affections telle qu'elle existe dans cet ouvrage, a été rédigée en août 1903. En janvier 1904 a paru l'ouvrage de Sabouraud sur les pityriasis, ouvrage dans lequel il supprime purement et simplement le groupe des séborrhéides. Nous devons signaler à nos lecteurs les idées et les arguments de Sabouraud, car nous ne pouvons avoir la prétention de nous considérer comme incapables d'erreur sur ces difficiles questions : nous recherchons avant tout la vérité en nous efforçant de faire abstraction de nos propres travaux : et nous voudrions que cet exemple fût imité.

Sabouraud désigne sous le nom de *Pityriasis simplex ou Willanique* le pityriasis simplex des anciens auteurs, nos séborrhéides pityriasiques, et nous n'y voyons pour notre part aucun inconvénient, au contraire : nous ne demandons pas mieux qu'on s'entende sur ce point; comme nous l'avons dit plus haut, nous n'avons désigné cette affection sous le nom de séborrhéide pityriasique que pour la distinguer de l'eczéma, et pour commencer à réagir contre Unna qui en avait fait une forme de son eczéma séborrhéique. Mais nous reconnaissons que le mot de pityriasis simplex est des plus acceptables, et nous l'acceptons.

Sabouraud distingue tout de suite à côté de ce *pityriasis simplex sec*, dont il décrit plusieurs formes objectives (voir chapitre du *Pityriasis simplex*), une autre forme morbide, les *Pityriasis stéatoïdes* qui sont déjà plus difficiles à comprendre. Ces pityriasis stéatoïdes renferment à coup sûr notre dermatose figurée médio-thoracique : ce point est acquis. Mais ils renferment aussi d'autres formes objectives malheureusement peu précises au point de vue clinique, bien qu'elles paraissent l'être au premier abord au point de vue histologie de leurs squames, et au point de vue bactériologie. Leurs caractères histologiques sont en effet d'avoir à leur surface des squames croûtes composées de litières de cellules plus ou moins kératinisées, séparées par d'innombrables alvéoles ovoïdes de dimensions variables occupées par une matière qui a toutes les réactions du sérum coagulé : en outre, dans la forme qu'il appelle *corona seborrhoïca*, les lésions renfermeraient des vésicules superficielles aplaties. Leurs caractères bactériologiques seraient la coexistence de la spore de Malassez et du coccus polymorphe à cultures grises.

Toutes les dermatoses autres que ces pityriasis simplex et que ces pityriasis stéatoïdes, derma-

TEIGNE

Sous le nom de *teigne*, les vieux auteurs désignaient d'une façon générale presque toutes les affections du cuir chevelu des enfants et même des adultes. Actuellement ce mot n'a plus par lui-même de signification précise.

La *teigne faveuse* est plus connue sous le nom de favus (voir ce mot aux *Dermatoses parasitaires*).

La *teigne tondante, tonsurante, trichophytique*, est désignée sous le nom de *trichophytie* du cuir chevelu; mais les recherches de Sabouraud ont montré qu'elle doit être dissociée en deux grandes variétés d'affections : *a*) les *trichophyties vraies*, et *b*) la *teigne tondante de Gruby-Sabouraud* (voir *Id.*).

La *teigne imbriquée* est une affection parasitaire spéciale voisine de la trichophytie (voir *Id.*).

La *teigne granulée* ou *impetigo granulata* est un symptôme de la phthiriase, et un résultat d'inoculations de staphylocoques et de streptocoques au cuir chevelu.

La *teigne amiantacée* correspond à des cas de séborrhéides eczématisées, ou d'eczémas spéciaux du cuir chevelu caractérisés par la production de squames sèches, nacrées, abondantes, semblables à de l'amiante, et qui engainent les cheveux : cet aspect peut également être produit par certaines variétés cliniques de favus.

La *teigne pelade* (Bazin) est maintenant toujours appelée simplement *pelade* (voir *Trophonévroses*).

LES TÉLANGIECTASIES

Le mot *télangiectasie* (τῆλε loin ; ἀγγεῖον, vaisseaux ; ἔκτασις dilatation) signifie à proprement parler *dilatation des vaisseaux éloignés du cœur*[1], et s'applique en réalité aux dilatations des capillaires cutanés.

Vue d'ensemble. — Cette lésion, sorte de varice capillaire, est extrêmement banale, extrêmement fréquente. Elle s'observe dans un grand nombre de maladies, et y joue le rôle de symptôme important ou accessoire ; souvent elle n'est qu'un simple épiphénomène.

Il est sans intérêt d'énumérer les dermatoses dans lesquelles elle se produit. Tout ce qui gêne la circulation générale et surtout la circulation locale, tout ce qui amène une stase passive dans les capillaires, tout ce qui produit une fluxion

toses que nous avons désignées sous le nom de séborrhéides et pour lesquelles nous proposons maintenant le nom de *parakératoses psoriasiformes*, puisque celui de séborrhéides est vraiment trop discutable, devraient, d'après Sabouraud, être considérées comme des psoriasis vrais.

Ces psoriasis vrais sont caractérisés, d'après lui, non plus par des symptômes macroscopiques facilement appréciables à l'œil nu ou à la loupe, mais par la présence dans les squames stratifiées qui les recouvrent d'abcès leucocytaires amicrobiens, uniquement perceptibles au microscope, puisqu'ils peuvent ne pas avoir plus de 20 μ de diamètre.

Telles sont, fort résumées, les idées de Sabouraud sur cette question. Nous devions en donner cette vue d'ensemble : nous en discuterons certains détails en exposant la symptomatologie des types morbides que nous avons esquissés plus haut.

[1] M. Garnier et V. Delamare, *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, p. 433.

active, une congestion de ces mêmes capillaires, peut déterminer par sa persistance la production de télangiectasies.

Il semble, d'après ces quelques mots, qu'il soit tout simple de les diviser pathogéniquement en télangiectasies d'origine passive ou par obstruction, et télangiectasies d'origine active ou par congestion. Mais cette classification théorique est en réalité impossible à adopter, car les deux processus peuvent se mélanger, et il existe en outre un troisième processus, les malformations d'origine héréditaire, qui intervient souvent pour une large part, et qui constitue même parfois, comme pour les nævi vasculaires, la dominante étiologique et pathogénique.

Nous nous contenterons donc de dire qu'on peut, *en pratique*, diviser les télangiectasies en trois grandes classes, suivant qu'elles sont : 1° *symptomatiques de troubles de la circulation générale et d'affections viscérales ;* 2° *symptomatiques d'autres dermatoses;* 3° *primitives, essentielles,* c'est-à-dire suivant qu'elles paraissent constituer à elles seules toute l'affection.

On doit en outre distinguer des télangiectasies des vaisseaux sanguins et des télangiectasies des vaisseaux lymphatiques.

I. Télangiectasies des vaisseaux sanguins :

1° Télangiectasies symptomatiques de troubles de la circulation générale et d'affections viscérales. — Elles sont presque toujours généralisées, diffuses, plus rarement localisées, circonscrites.

A. *Généralisées,* elles s'observent dans la cyanose, l'asthme chronique, l'asystolie, etc., en un mot dans les divers états morbides chroniques dans lesquels l'hématose se fait difficilement par suite de troubles de la circulation générale, affections du cœur, des artères, des veines, affections pulmonaires graves, cirrhose atrophique du foie, etc.

B. *Circonscrites,* ou pour mieux dire, localisées à un segment du corps, elles s'observent dans l'asphyxie locale des extrémités, où elles se cantonnent aux doigts, aux orteils, aux mains, aux pieds, à la partie inférieure des avant-bras et des jambes, au nez, aux oreilles, au menton, au pommettes ; dans les affections hépatiques et spléniques où elles se cantonnent aux parois abdominales ; dans les affections des fosses nasales et des sinus, où elles se cantonnent aux parties voisines de la face, etc. ; en un mot toute lésion viscérale chronique peut les développer dans son voisinage par la gêne qu'elle apporte à la circulation locale de la région.

2° Télangiectasies symptomatiques d'autres dermatoses. — Les télangiectasies peuvent être un des éléments symptomatiques principaux de l'affection cutanée, ou un élément tout à fait accessoire.

A. Citons parmi le premier groupe la couperose vraie, le rhinophyma, la kératose pilaire, l'angiokératome, le xeroderma pigmentosum, les lésions cutanées produites par les rayons X, etc. [1].

[1] Faisons remarquer en passant les liens étroits qui unissent ces trois dernières dermatoses. *L'angiokératome* (et nous avons été l'un des premiers, presque simultanément avec Mibelli et sans connaître ses travaux, à le décrire sous le nom suggestif de *télangiectasies verruqueuses*) se développe à la suite d'engelures, et est caractérisé par des dilatations vasculaires et des productions verruqueuses cornées ; le *xeroderma pigmentosum* se développe chez des individus prédisposés, surtout aux régions soumises à l'action de la lumière solaire, et est caractérisé essentiellement par de l'atrophie cutanée cicatricielle, des télangiectasies et des productions verruqueuses et épithéliomateuses ; les *lésions cutanées produites par l'action prolongée et répétée des rayons X* sont caractérisées par des atrophies cutanées, des télangiectasies, des productions verruqueuses

B. Parmi les dermatoses du second groupe citons les cicatrices, et surtout les chéloïdes, les sclérodermies circonscrites et les morphées, le lupus vulgaire et le lupus érythémateux, les nodules de la lèpre, etc.

3° Télangiectasies semblant être primitives ou essentielles. — Nous les décrivons dans les *trophonévroses*, section des *Syndromes vaso-moteurs*.

II. **Lymphangiectasies cutanées** (*Varices lymphatiques dermiques*). — Nous nous contenterons de signaler ces lésions qui sont surtout du domaine de la chirurgie et des plus rares.

E. Besnier et A. Doyon les divisent en : a) *Lymphangiectasies irritatives aiguës et superficielles* qui sont des plus rares et peu connues ; b) *Lymphangiectasies irritatives chroniques profondes* qui siègent surtout aux membres inférieurs, et se caractérisent « par des nodosités de la dimension d'un petit à un gros pois, présentant au centre un point de ramollissement, avec issue de sanie, de liquide lymphatique, *lymphorragie*, fistules lymphatiques, reposant sur un fond violacé, œdémateux, phlegmoneux, induré, cicatriciel ». Leur cause est ou bien un irritant banal (*L. supposées simples*), ou bien un irritant spécifique, en particulier le bacille de la tuberculose (*L. spécifiques*). (E. Besnier et A. Doyon [1].)

TROPHONÉVROSES. DERMATONEUROSES

D'après H. Leloir, il faut entendre par *trophonévrose* ou mieux par *dermatoneurose* toute affection cutanée secondaire à une modification du système nerveux central, ganglionnaire ou périphérique.

Il est inutile d'en donner ici un tableau d'ensemble ; on le trouvera au début de la classe II des *Réactions cutanées*.

TUMEURS DE LA PEAU

Le mot *tumeur*, qui date de toute antiquité, a été créé à une époque où les connaissances anatomo-pathologiques et cliniques étaient des plus imparfaites. Il répondait à une apparence extérieure, il s'appliquait à toute lésion caractérisée objectivement par un gonflement plus ou moins limité. Il désignait un symptôme et rien de plus.

A mesure que la médecine a fait des progrès, on a étudié ce symptôme, on l'a analysé ; on a vu qu'il était commun aux affections les plus diverses, et l'on est

qui sont parfois le point de départ de dégénérescences épithéliomateuses. Il est impossible de ne pas être frappé de l'air de famille qu'ont ces trois ordres de lésions cutanées, comme étiologie, pathogénie et symptomatologie.

[1] *Lymphangiectasies des mains et des pieds*. — Sous ce nom, Colcott Fox a décrit une éruption localisée aux extrémités, et caractérisée au point de vue objectif par de petites élevures d'un rouge plus ou moins sombre, qui ressemblent à des verrues compliquées de télangiectasies, et dont la couleur disparaît par la pression du doigt.

Ce sont très probablement des lésions identiques à celles que Dubreuilh a dénommées *verrues télangiectasiques*, que Vittorio Mibelli a décrites sous le nom d'*angiokératome*, et nous-même sous celui de *télangiectasies verruqueuses*. (voir *Angiokératome*).

peu à peu arrivé à déterminer des maladies bien définies que l'on englobait primitivement dans ce groupe factice par cela seul que les parties atteintes étaient tuméfiées.

Au point de vue dermatologique pur, le groupe *tumeur* ne doit pas plus être conservé que le groupe *papule, pustule, vésicule,* etc... En fait, le mot *tumeur de la peau* ne veut dire que *lésion circonscrite faisant une certaine saillie au-dessus du niveau normal des téguments.* Vouloir donner à ce terme une précision scientifique et l'élever au rang de groupe morbide bien défini, nous paraît arbitraire et illogique.

Ce mot ne peut plus servir, à l'heure actuelle, qu'à désigner en pratique et provisoirement les altérations cutanées dont on ne connaît pas encore la nature et qui font une saillie circonscrite.

Dès qu'une semblable lésion est diagnostiquée et classée, soit au point de vue particulier d'un malade observé, soit au point de vue général d'un nouveau groupe morbide que l'on constitue, elle cesse d'être dénommée tumeur, et prend un nom spécial et une étiquette précise.

Nombre de tumeurs de la peau ont été ainsi rangées dans les maladies microbiennes à microbes connus; telles sont les tumeurs de la lèpre, de la syphilis, le rhinosclérome, etc.

On comprend que dans l'énorme reliquat dont la nature intime, l'origine restent plus ou moins mystérieuses, il y en a encore un certain nombre qui devront dans un avenir plus ou moins lointain être également rattachées aux affections de nature parasitaire ou microbienne. Il est probable, d'autre part, que certaines d'entre elles dérivent de déviations véritables du type normal des tissus développées sous des influences encore mystérieuses.

Beaucoup d'auteurs ont rattaché leur genèse[1] « à la présence en situation anormale d'éléments cellulaires ou de portions de tissus se trouvant séparés de leurs connexions habituelles et plongés au sein d'un tissu d'une autre espèce. Le déplacement en question peut être artificiel, c'est-à-dire traumatique ou expérimental ; il peut être la conséquence d'un processus pathologique ; ou enfin le résultat d'un trouble dans le développement d'une malformation. On a même exagéré l'importance de ce dernier point : pour Cohnheim, toutes les tumeurs seraient d'origine congénitale, ce qui est certainement exagéré. Il suppose qu'à un stade précoce du développement embryonnaire, qui probablement doit être placé entre la différenciation achevée des feuillets primitifs et celle des éléments de chaque organe, il peut rester des cellules non utilisées, capables ultérieurement de se développer d'une façon en quelque sorte indépendante. Il faut avouer que cette théorie est ingénieuse et qu'elle indique d'une façon très plausible quel peut être le point de départ des néoplasmes; on lui objecte seulement qu'elle n'explique aucunement pourquoi et comment telle ou telle inclusion embryonnaire, après être restée souvent latente pendant un grand nombre d'années, se met tout à coup, par exemple à l'âge adulte ou chez le vieillard, à proliférer et à se développer en une tumeur qui affecte parfois un caractère malin et envahissant (Darier.)

« Remack a montré que les tissus néoplasiques sont les descendants des tissus normaux et en proviennent.

« Dans la majorité des cas, c'est par le mécanisme de la prolifération de cellules

[1] Tout ce qui suit est de notre excellent ami Darier, l'histologiste si connu, qui dans notre pays est l'autorité la plus incontestée dans cette partie de la dermatologie.

préexistantes que naissent les tumeurs, prolifération qui conduit à la constitution de tissus nouveaux, simples ou plus ou moins complexes.

« Pour certains auteurs, le fait capital pour le développement d'une tumeur réside dans l'*isolement* de certaines cellules qui, détachées de leurs connexions habituelles, se trouvent ainsi émancipées des lois qui régissent leurs congénères.

« Pour d'autres, une tumeur résulte du fait que certains éléments embryonnaires ont persisté en conservant l'*aptitude germinative* et proliférative dont ils étaient doués.

« Mais tous, à peu près, sont d'accord pour reconnaître qu'il faut, même à des éléments hétérotopiques, isolés ou embryonnaires, une *incitation locale* survenant à un moment donné; car il y a lieu de tenir compte de la circonstance que beaucoup de tumeurs qu'on peut rapporter à une malformation ou à une inclusion embryonnaire ne se développent qu'à un âge avancé.

« Quel est cet excitant? Il semble que parfois il suffise d'un simple traumatisme ou d'une irritation externe banale ; celle-ci pourrait agir soit directement par dynamogenèse, soit indirectement par inhibition sur le tissu voisin dont, suivant Thiersch, elle diminuerait la force de résistance. Par induction on a été conduit à soupçonner que cet excitant pouvait être d'ordre parasitaire sans avoir réussi à en fournir la preuve jusqu'ici... (Darier.)

« En tout cas, l'effet de la cause inconnue ou de diverses causes additionnées est une prolifération, surabondante toujours, atypique souvent, et que Benecké a pu qualifier d'*anarchie cellulaire*. Cette anarchie est reconnaissable au nombre excessif des éléments produits, à leur siège insolite, à leur caractère imparfait.

« On a dès longtemps remarqué que les cellules néoplasiques subissent souvent une évolution moins complète que leurs analogues des tissus normaux, qu'elles atteignent un degré de développement et de différenciation moins avancé, ce que l'on exprime en disant qu'elles sont en *état métatypique* ou *atypique*.

« Il faut aussi mettre en relief que les éléments néoplasiques sont tout particulièrement sujets à un grand nombre de dégénérescences, variables dans leur forme et dans leur nature, lesquelles sont aussi une conséquence et un indice des conditions anormales de leur naissance et de leur existence.

« Comme il est impossible de classer les tumeurs selon leur étiologie qui est inconnue, et selon leur évolution clinique qui est sujette à varier pour des néoplasmes très analogues, voire au cours du développement d'un même néoplasme, on est contraint pour ainsi dire d'adopter une *classification anatomique*. On les range donc suivant le tissu ou l'espèce cellulaire dont elles sont composées, soit exclusivement, soit d'une façon absolument prédominante, et l'on rapproche ce tissu de son analogue normal dans l'organisme ».

Tumeurs épithéliales.	Papillomes.		
	Adénomes.		
	Molluscum contagiosum.		
	Kystes.	A contenu épidermique ou sébacé.	Milium.
			Kystes folliculaires.
			Kystes dermoïdes.
			Loupes.
			Kystes traumatiques.
		A contenu séreux.	Kystes sudoripares. Hydrocystomes.
			Kystes parasitaires, ladrerie.
	Nævi, nævo-carcinome :		
	Épithéliomes.		

Tumeurs conjonctivo-vasculaires.	Angiomes, hémangiomes, lymphangiomes. Fibromes, molluscum, chéloïdes. Névromes (pseudo-névromes, tubercules sous-cutanés douloureux). Liomyomes. Ostéomes et tumeurs calcaires. Lipomes. Myxomes. Xanthomes. Urticaire pigmentée. Sarcomes, lymphosarcomes, sarcoïdes. Endothéliomes (cylindromes).

(Classification de Darier.)

Faisons immédiatement remarquer que cette classification ne répond pas au programme que nous nous sommes imposé. On y trouve côte à côte des tumeurs certainement parasitaires (ladrerie), très probablement microbiennes (*molluscum contagiosum*) et d'autres qui, comme les lipomes, les névromes, etc., ne reconnaissent sans doute pas cette origine. Parmi ces dernières, certaines comme les adénomes sébacés, les molluscum rentrent dans les nœvi.

Nous n'adopterons donc pas ce groupement dans sa totalité. Nous décrirons dans les dermatoses microbiennes celles de ces affections qui nous paraissent être de nature parasitaire. Nous étudierons dans les nœvi celles qui sont manifestement de nature congénitale. Nous grouperons les autres sous l'étiquette de *néoplasmes par déviation du type normal des tissus*, et nous constituerons ainsi une sorte de groupe d'attente dans lequel les progrès futurs de la science permettront sans doute de reconnaître d'autres entités morbides de nature microbienne.

ULCÉRATIONS CUTANÉES

On donne le nom d'*ulcérations cutanées* (voir *Lésions élémentaires*) à des pertes de substance plus ou moins profondes des téguments consécutives à un processus morbide quelconque.

L'ulcération cutanée n'est donc qu'un symptôme qui peut s'observer dans les états morbides les plus divers.

Nous étudions les *ulcérations syphilitiques* à l'article *Syphilis*, les *ulcérations vénériennes* à l'article *Chancre mou*, les *ulcérations diabétiques* aux *Diabétides*, les *ulcérations tuberculeuses* et les *ulcérations lupiques* au chapitre *Tuberculose de la peau*, les *ulcérations trophiques* aux *Trophonévroses*, les *ulcérations carcinomateuses*, *épitheliomateuses*, *sarcomateuses*, aux *Tumeurs de la peau*. L'*ulcus rodens* ou *rodent ulcer* est un épithéliome, l'*ulcus grave* est le Madura foot; l'*ulcère perforant* ou *mal perforant* rentre dans les trophonévroses.

Fig. 30. — Ulcères variqueux.

Cette photographie montre avec la plus grande netteté l'origine de ces ulcères par de petits foyers vasculaires de nécrose des téguments.

Il nous reste à parler de ces lésions si fréquentes et si importantes en pratique auxquelles on a donné le nom d'*ulcères de jambe*, qui dans nos pays compliquent le plus souvent les varices, et que beaucoup d'auteurs français ont de la tendance à considérer comme une affection chronique des téguments, ayant pendant un temps variable une certaine disposition à gagner par une sorte de gangrène moléculaire.

L'ulcère de jambe n'a jamais été décrit dans les traités de dermatologie; on l'a toujours considéré comme étant du ressort de la chirurgie.

A côté de lui, nous devons mentionner l'*ulcère phagédénique des pays chauds* qui a déjà prêté et prête encore à de vives discussions et dont quelques médecins veulent faire une affection spéciale causée par un microbe bien défini. Nous l'étudierons dans la classe des affections microbiennes, et à son propos nous dirons quelques mots des principales méthodes thérapeutiques actuellement employées pour les ulcères de jambe.

ULÉRYTHÈME

Sous le nom d'*ulérythème* (οὐλη, cicatrice, et ἐρυθημα, rougeur) Unna a décrit tout un groupe (à notre sens pas très homogène) de faits que caractérisent objectivement : 1° une inflammation érythémateuse d'aspect des téguments ; 2° puis une atrophie cicatricielle consécutive.

Il y fait rentrer :

A. L'*ulérythème centrifuge :* c'est le *lupus érythémateux ;*

B. L'*ulérythème ophryogène :* c'est un des aboutissants possibles de la *kératose pilaire ;*

C. L'*ulérythème sycosiforme :* qui correspond à notre Sycosis lupoïde, à nos folliculites et périfolliculites destructives du follicule pileux.

D. L'*ulérythème acnéiforme,* affection des plus rares, occupant la face et les oreilles, limitée au pourtour d'un certain nombre de follicules pileux, débutant par un érythème permanent et par une forte hyperkératinisation de l'épiderme, s'accompagnant de production de comédons, et aboutissant à la rétraction du derme et à l'atrophie cicatricielle.

VULVE, VULVITES

Nous n'avons pas à étudier les affections de la vulve dans cet ouvrage. Mais nous avons cru utile de faire pour la vulve ce que nous avons fait pour le pénis, et de présenter un tableau succinct des maladies que l'on y rencontre.

Tableau d'ensemble des affections de la muqueuse vulvaire. — *Modifications d'aspect tenant à l'évolution.* — Atrophie. Hypertrophie des petites lèvres. Hypertrophie du clitoris (voir les ouvrages de chirurgie).

Affections traumatiques. — Elles sont fréquentes et consistent en plaies, contusions, érosions, déchirures, brûlures d'origine variable, etc...

Modifications de la coloration. — On les observe dans la maladie d'Addison, l'argyrie, l'arsénicisme (voir ces mots).

Il peut s'y développer de l'intertrigo, de l'érythème, de l'eczéma, du psoriasis, des parakératoses psoriasiformes, du lichen plan, de la leucoplasie, etc... Comme la région glando-préputiale, c'est un des sièges de prédilection de l'herpès (voir ce mot), de l'éléphantiasis, des végétations, du chancre simple, du chancre syphilitique, des syphilides, etc...

On y observe en outre le molluscum contagiosum, des ulcérations tuberculeuses, des lépromes, de l'épithéliome, du fibroma molluscum, etc...

On a décrit sous le nom *d'esthiomène* (voir ce mot) un syndrome ulcéreux et hypertrophique spécial à cette région.

Il est fréquent d'y constater des affections dans lesquelles le système nerveux joue un rôle considérable, comme le vaginisme, l'hyperesthésie vulvaire (voir les ouvrages de pathologie interne), le prurit (voir ce mot).

En outre, il s'y développe fréquemment des inflammations plus ou moins vives auxquelles on a donné le nom de *vulvites*.

D'après leur nature on a décrit comme pour les balano-posthites :

1° *Des vulvites traumatiques*, par irritations mécaniques directes et manque de soins hygiéniques;

2° *Des vulvites mixtes* consécutives à des contacts prolongés de liquides irritants et à des pullulations de microbes banaux, comme dans le diabète (diabétides vulvaires, voir *diabétides*) : on peut y rattacher les *vulvites simples ou catarrhales*, qui sont mal définies;

3° *Des vulvites microbiennes spécifiques* qui comprennent :

a) La *vulvite blennorragique* ;

b) La *vulvite aphtheuse des enfants* (voir *aphthes*).

4° Enfin on a décrit comme étant une entité morbide à part la *vulvite des petites filles* ; ce n'est dans l'immense majorité des cas qu'une vulvite blennoragique causée par le gonocoque et transmise presque toujours par des contacts indirects.

Pour être logiques et complets, nous devrions donner ici un tableau clinique d'ensemble de la vulvite considérée comme un syndrome, puisque nous avons tracé celui de la balanite. Mais presque tout ce que nous avons dit à propos de la balanite s'applique à la vulvite, et nous ne ferions que nous répéter.

Nous nous bornerons donc à ajouter quelques mots à propos de la vulvite des petites filles.

VULVITE DES PETITES FILLES

La question de la *vulvite des petites filles* est fort controversée à l'heure actuelle et présente de très grandes difficultés dans la pratique, surtout au point de vue médico-légal.

Toutes les vulvites que l'on constate chez l'enfant ne sont pas toujours d'une seule et même nature.

Sans nous arrêter aux vulvites aphteuses, herpétiques, varioliques, varicelleuses, impétigineuses, eczémateuses, aux vulvites traumatiques, (viol, attentat à la pudeur, onanisme), ou parasitaires (oxyures), que l'on peut observer, il faut distinguer :

1° Des écoulements tenant au lymphatisme, à l'anémie, d'origine constitutionnelle, non contagieux, et qui cependant s'accompagnent parfois de rougeur légère et de prurit de la vulve : il suffit, pour les faire disparaître, de tonifier l'enfant, de la surveiller pour empêcher l'onanisme, de faire des lotions fréquentes avec de

l'ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée chaude, et de poudrer avec une poudre inerte pure ou additionnée d'un peu d'acide borique ;

2° Des écoulements qui sont contagieux, transmissibles de petites filles à petites filles, et qui pour les uns seraient toujours blennorragiques, pour les autres devraient être divisés en deux catégories :

a) Des écoulements non vénériens, mais contagieux ;

b) Des écoulements vraiment blennorragiques. Ces derniers sont certainement de beaucoup les plus fréquents.

L'existence d'écoulements non vénériens, mais contagieux chez les petites filles n'est pas scientifiquement établie sur des bases indiscutables. Elle est cependant admise par certains cliniciens qui se sont occupés de cette question. Nous retrouvons ici les mêmes difficultés que pour les écoulements uréthraux de l'homme. Il est certain qu'il y en a qui ne sont pas gonococciques.

La vulvite des petites filles est surtout fréquente de deux à dix ans, c'est-à-dire à l'âge où les petites filles couchent avec leurs mères ou avec leurs autres sœurs. Elle résulte le plus souvent d'une contagion familiale par l'intermédiaire des objets de toilette ou par le lit commun. Des mères ou des grandes sœurs atteintes d'écoulements leucorrhéiques mais non blennorragiques pourraient, d'après Comby, donner la vulvo-vaginite contagieuse. Ces faits méritent confirmation : le plus souvent ces écoulements sont bien réellement gonococciques.

Rien de plus simple d'ailleurs que la symptomatologie : l'enfant tache son linge ; quand on examine les parties, on voit que la vulve est d'un rouge assez vif et couverte d'un écoulement d'abord séro-purulent, puis plus épais, jaunâtre, parfois même jaune verdâtre ; il se concrète en croûtes jaunâtres sur les parties génitales, en particulier sur les grandes lèvres qui adhèrent l'une à l'autre. La petite malade éprouve un sentiment de cuisson et de démangeaison plus ou moins vif qui la porte à se gratter, ce qui augmente l'inflammation.

Parfois l'affection se propage au conduit vaginal. On a aussi décrit son extension à l'urèthre, des complications générales. Il s'agit dans ces cas de vulvo-vaginites bien réellement blennorragiques.

La vulvite aiguë des petites filles peut ne durer que deux ou trois semaines ; mais elle a beaucoup de tendance à passer à l'état chronique, surtout lorsqu'il y a eu propagation au vagin. L'écoulement est alors pâle, plus ou moins abondant. Les rechutes sont fréquentes.

On comprend combien le diagnostic doit présenter de difficultés, combien il doit être parfois épineux en médecine légale. Il faut toujours rechercher le gonocoque.

Traitement. — Il faut faire de la prophylaxie. Quand une mère ou une grande sœur ont des écoulements vaginaux de quelque nature qu'ils soient, on doit les prévenir qu'elles peuvent les transmettre aux enfants soit directement, soit par l'intermédiaire des objets de toilette, et qu'elles peuvent aussi leur donner des ophtalmies.

Quand une petite fille est atteinte d'un de ces écoulements, il faut lui interdire l'usage des piscines communes ; si on la baigne, on fera nettoyer ensuite la baignoire à l'eau bouillante ; on fera désinfecter son linge et on réservera exclusivement pour son usage les objets de toilette dont elle se sert.

On traitera l'état général : il est bon de tonifier l'organisme.

Au point de vue local, on fera trois fois par jour au moins des lavages soigneux

des parties malades avec de l'ouate hydrophile salicylée ou boriquée imbibée d'un liquide antiseptique (sublimé au deux millième, acide phénique au centième, acide borique au trentième, chlorate de potasse au centième, etc...), on fera pratiquer deux ou trois fois par jour des injections avec des solutions de permanganate de potasse allant du cinq millième au trois millième, puis on saupoudrera les parties avec du talc pur ou boraté.

Si le vagin est pris, il faudra, outre les injections, tâcher d'agir par des suppositoires ou par des crayons à l'ichtyol, au thiol, au tuménol, etc... faits soit avec du beurre de cacao, soit avec de la glycérine solidifiée.

Parfois on est obligé d'avoir recours à des badigeons de solutions faibles de nitrate d'argent ou de protargol (voir pour de plus amples détails les ouvrages de Vénéréologie.)

ÉTUDE
DE CHAQUE DERMATOSE
EN PARTICULIER

GROUPE I
ENTITÉS MORBIDES VRAIES

CLASSE I
DERMATOSES ARTIFICIELLES

Vue d'ensemble. — Le groupe des dermatoses artificielles est immense, et des plus importants au point de vue pratique, car nombre d'éruptions journalières dont on méconnaît l'origine réelle sont dues au contact direct d'agents nuisibles, ou à l'absorption de substances mal tolérées par l'organisme.

Il est fort difficile d'établir des divisions commodes et logiques dans cet énorme ensemble : cependant ce court préambule montre qu'au point de vue étiologique strict, on peut adopter la classification déjà proposée depuis longtemps par les vieux auteurs, et distinguer deux grandes classes de faits.

I. Les éruptions qui surviennent a la suite de contacts irritants directs : *Ce sont les éruptions artificielles de cause externe ou provoquées directes de Bazin, les dermatites traumatiques et vénéneuses des auteurs américains.*

II. Les éruptions qui proviennent de l'ingestion de certaines substances toxiques pour l'économie, soit aliments, soit médicaments : *Ce sont les éruptions artificielles de cause interne ou provoquées indirectes, ou pathogénétiques de Bazin, les dermatites toxiques des auteurs américains.*

D'ailleurs, les liens les plus étroits réunissent ces deux classes, ainsi que nous l'avons montré dans nos généralités. Il est possible, quand on fait une friction sur les téguments avec une pommade mercurielle, d'observer deux éruptions qui se mélangent : l'une qui est le résultat de l'action irritante directe de la préparation sur la peau et qui est localisée aux points touchés ; l'autre qui dépend de l'intoxication générale de l'économie par le mercure qui a été absorbé ; elle est répandue çà et là sur la surface cutanée en des points qui n'ont pas été directement atteints. On voit donc que, dans de pareils faits, il est pour ainsi dire impossible de dissocier les deux pathogénies. Il est cependant nécessaire de le faire pour la clarté de l'exposi-

tion ; et en réalité les deux grandes classes que nous venons de signaler sont presque toujours bien distinctes dans la pratique[1].

SECTION I

ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES DE CAUSE EXTERNE

(*Dermatites traumatiques.*)

Nous désignons sous ce nom toutes les lésions cutanées que peuvent causer les agents externes de quelque nature qu'ils soient, lorsqu'ils sont mis en contact avec les téguments.

Cette classe de dermatoses est immense. Elle comprend toutes les dermatites traumatiques proprement dites par choc direct d'agents vulnérants, toutes les affections artificielles de cause externe ou provoquées directes de Bazin, toutes les affections cutanées provoquées et simulées, la plus grande partie des éruptions professionnelles ; elle répond à ce que J.-C. White de Boston a décrit sous le nom de dermatitis venenata. Certains auteurs la divisent en deux grands groupes, suivant que l'éruption provient d'une irritation purement mécanique (*dermatite traumatique proprement dite*), ou d'une irritation chimique ou toxique exercée sur les tissus (*dermatite vénéneuse*). Mais il est souvent bien difficile de distinguer ce qui dépend uniquement d'une action vulnérante directe, et ce qui résulte d'une action calorique, chimique ou toxique.

Expressions cliniques des éruptions artificielles de cause externe.

I. Le *simple traumatisme* peut causer des lésions de la peau de nature diverse.

Nous n'avons pas dans cet ouvrage à étudier les effets des chocs violents qui déterminent tous les degrés d'attrition des téguments, depuis la simple contusion jusqu'à la désorganisation complète : c'est du domaine de la chirurgie. Mais nous devons signaler les effets des pressions prolongées, des frottements et des grattages sur les téguments.

La pression prolongée sur un point détermine à la longue une sorte d'affaissement de la peau et même un certain degré d'atrophie. Assez souvent il se produit en outre des troubles de la pigmentation normale en plus ou en moins. (Pression d'un bandage herniaire, du corset, des jarretières par exemple) (*Mélanodermies traumatiques*).

Les frottements et les grattages prolongés modifient pour ainsi dire d'une manière constante la physionomie des téguments. Presque toujours la peau se pigmente ; il s'y forme des sortes de petites facettes aplaties brillant aux incidences de lumière ; et, chez les sujets prédisposés, il s'y développe les lésions que nous

[1] Thibierge, dans son bel article de la *Pratique dermatologique*, adopte la classification suivante des éruptions artificielles : A. *Les éruptions professionnelles ;* B. *Les éruptions médicamenteuses*, comprenant : *a*) les éruptions provoquées dans un but thérapeutique ; *b*) les éruptions médicamenteuses de cause externe ; *c*) les éruptions médicamenteuses de cause interne ; C. *Les éruptions d'origine alimentaire ;* D. *Les éruptions simulées*.

Nous retrouverons ces diverses catégories dans le court exposé que nous allons faire ; mais nous préférons notre division qui a les avantages de l'ancienneté et de la simplicité.

étudions dans les généralités et au chapitre prurit sous le nom de *lichénification*.

Il se produit aussi parfois des durillons ou des callosités qui peuvent servir dans certains cas au point de vue médico-légal à reconnaître la profession des ouvriers : en effet sous l'influence du contact et du frottement prolongés des outils que l'on manie, on peut peu à peu déterminer l'apparition de ces lésions en des points précis qui diffèrent suivant la nature du travail.

Telle pourrait être la symptomatologie des dermatites traumatiques proprement dites.

II. Mais presque toujours à l'action de contact des corps vulnérants se joignent des effets nuisibles provenant de leurs propriétés caloriques, chimiques, toxiques, etc. ; dès lors la symptomatologie des éruptions provoquées devient plus complexe.

L'aspect des lésions cutanées est éminemment variable : il varie surtout suivant l'agent cause de l'affection, mais aussi suivant le mode d'application de cet agent, suivant la qualité des téguments lésés, et suivant les susceptibilités individuelles des sujets atteints.

1° A un premier degré d'intensité, il n'y a que de la rougeur plus ou moins vive, plus ou moins limitée, s'effaçant par la pression, c'est-à-dire de l'*érythème*. Cet érythème peut être fugace et disparaître en quelques minutes ou en quelques heures : il peut persister beaucoup plus longtemps et alors s'accompagner d'œdème, puis se terminer par de la desquamation. Parfois, comme dans certaines éruptions d'eau sédative, d'arnica, de thapsia, de chlorhydrate de paraphénylène diamine (teinture pour cheveux), la rougeur et la tuméfaction simulent, à s'y méprendre, un érysipèle.

C'est à ce premier degré de lésions que l'on doit rattacher les *érythèmes de cause externe ou provoqués directs* des auteurs : on en décrit d'ordinaire cinq variétés principales : ce sont :

A. — *Les érythèmes par contact direct de corps étrangers irritants.*

B. — Les *érythèmes par contact des agents atmosphériques, lumineux et caloriques (froid, chaud, soleil, électricité)*. (Voir plus loin.)

C. — L'*érythème intertrigo :* il s'observe chez les personnes trop grasses et prédisposées, qui transpirent beaucoup, et qui ne prennent pas de soins assez minutieux de propreté : il siège surtout à la partie interne et supérieure des cuisses, et aux points correspondants des parties génitales, aux aines, aux plis interfessiers, aux aisselles, aux mamelles, aux plis de l'abdomen, partout en un mot où la peau frotte contre la peau, et où il peut se faire des accumulations de sécrétions graisseuses, sudorales, de débris épidermiques et de parasites. Dans un premier degré d'intensité, il n'y a que de la rougeur érythémateuse plus ou moins vive, du prurit, des cuissons, de la gêne des mouvements. Puis les régions atteintes s'irritent davantage, s'enflamment, suintent (*intertrigo purifluens*), et prennent tout à fait l'aspect d'un eczéma vivement enflammé ; il se complique parfois de furoncles, d'abcès dermiques.

Sabouraud a repris l'étude de l'intertrigo, et voici comment il le schématise (*Dermatologie topographique*, p. 293) (voir pour plus de détails la thèse de son élève Photinos, 1906) :

« 1° Au premier degré, c'est une fissure rose, limitée à une petite longueur du pli ; cette fissure persiste ou renaît longtemps : elle demeure le siège de quelques démangeaisons et cuissons aux lavages.

« 2° Dans le deuxième cas, la même lésion existe plus accentuée, et, de part et d'autre de la fissure, sont dessinées deux surfaces roses marquant les surfaces

de l'épiderme qui se correspondent et s'accolent. Avec le doigt, on se rend compte que sur cette surface, l'épiderme corné est délité, déhiscent et macéré...

« 3° Dans un troisième cas, les lésions sont plus larges, plus développées, plus suintantes, plus extensives aussi, car, autour d'elles, on peut voir, même en des points où le contact de la peau avec elle-même ne se produit pas, de petites lésions disséminées, dites par les uns : eczéma ou eczématisation, par d'autres : séborrhéides...

« *La lésion de l'intertrigo est microbienne toujours. Elle contient invariablement le streptocoque.* »

La description de Sabouraud répond à une grande quantité de faits, mais pas à tous : aussi n'avons-nous pas pu ranger purement et simplement l'intertrigo dans les streptococcies cutanées.

Nous renvoyons pour les autres types cliniques à la description des lésions intertrigineuses des parties génitales chez la femme (voir ci-après), et à celle des diabétides génitales.

D. — L'*erythema læve :* il s'observe surtout au niveau des régions œdématiées chez les cachectiques, les cardiaques, les albuminuriques ; il siège par conséquent dans la majorité des cas aux membres inférieurs. Après une période d'érythème pur caractérisée par une rougeur d'intensité variable, il peut lui aussi donner naissance à des lésions d'ordre supérieur, telles que des vésicules, des ulcérations, du sphacèle, etc.

E. — L' *érythème paratrimme :* il s'observe dans les maladies graves à forme adynamique sur les points qui sont exposés aux pressions prolongées et au contact de corps irritants tels que les matières fécales, les urines, etc... Il siège donc surtout aux fesses (*érythème des fesses de l'athrepsie*), aux trochanters, aux coudes, aux talons. Après une période d'érythème pur, cette dermatose peut également se compliquer de lésions d'ordre supérieur telles que des pustules, des pseudo-bulles, des ulcérations, des escarres, etc... Comme les variétés précédentes, elle est donc vraiment digne du nom de *dermatite* et non de celui d'*érythème*.

F. — Nous renvoyons à l'article érythème pour l'étude des érythèmes infantiles et à l'article Streptococcie pour l'étude de la forme si spéciale qui se développe surtout aux fesses et qui a été si bien étudiée par Sevestre et Jacquet sous le nom de *syphiloïde post érosive* ou d'*érythème papuleux fessier post érosif*.

2° A côté de la forme érythémateuse, nous devons signaler la *forme urticarienne*.

L'urticaire (voir ce mot) est assez fréquente comme symptôme d'une irritation cutanée locale ou générale.

3° Quand les lésions érythémateuses sont très intenses, elles se compliquent assez souvent de petites extravasations sanguines d'un rouge plus vif, ne disparaissant pas par la pression, c'est-à-dire de *purpura*.

4° A un degré plus élevé d'irritation, le processus morbide détermine l'apparition d'efflorescences limitées, saillantes, dures au toucher, de *véritables papules*, dont le nombre, la forme et le volume sont des plus variables suivant les cas.

5° Souvent au sommet de ces papules se produit un soulèvement de l'épiderme par de la sérosité plus ou moins claire et transparente, opaline, parfois purulente d'emblée, ou par transformation d'un liquide primitivement opalin. Ces soulèvements peuvent être assez considérables soit primitivement, soit par confluence ; ils peuvent ne pas reposer sur des papules préexistantes et se former soit sur de l'érythème, soit, ce qui est beaucoup plus rare, sur la peau saine. A ce degré d'intensité, les dermatites traumatiques se caractérisent donc par des *éruptions vésiculeuses, bulleuses* ou *pustuleuses*.

Tantôt la dermite vésiculeuse est constituée par de petites vésicules (térébenthine et soufre); tantôt elle l'est par des vésicules moyennes (mercure, poix de Bourgogne, sparadraps, ciguë, clématite, renoncule, etc.), tantôt elle l'est par de grosses vésicules (croton, thapsia, etc...), qui deviennent des vésico-pustules; tantôt enfin il se produit d'emblée des pustules, soit *phlyzaciées*, c'est-à-dire purulentes de la base au sommet (tartre stibié), soit *psydraciées*, c'est-à-dire purulentes au sommet (huile de cade, arsenic, etc.).

Dans quelques circonstances, on peut voir se former de véritables papulo-pustules acnéiques et des comédons, comme dans l'acné chlorique (voir *Acné*).

6° Dans certains cas, l'irritation est assez violente pour donner lieu à une véritable *vésication* et même à une *escharification* plus ou moins étendue, plus ou moins profonde des téguments.

Telles sont les lésions que l'on pourrait appeler *primitives* des dermatites traumatiques.

Les *lésions secondaires* sont en relation directe avec ces lésions primitives. Au simple érythème correspond une desquamation plus ou moins intense et prolongée. Au prurit et aux cuissons correspondent les excoriations et les croûtes. Aux vésicules, aux bulles, aux pustules correspondent les diverses variétés de suintements, de croûtes, d'exulcérations du derme. Aux vésications et aux escarres correspondent les ulcérations plus ou moins profondes et rebelles, puis les cicatrices.

A la suite d'irritations répétées, et chez des sujets tout particulièrement prédisposés, il est fréquent de voir la peau s'épaissir, s'indurer, devenir rugueuse en même temps qu'il y a par places soit de la desquamation, soit des papules, soit des vésicules excoriées, soit des croûtes; en un mot les téguments se sont *lichénifiés*, et leur aspect est celui d'un *eczéma lichénoïde;* c'est le *lichen polymorphe mitis* d'E. Vidal, lésion extrêmement fréquente aux mains et aux avant-bras de nombreuses personnes qui manient des substances irritantes, et parmi lesquelles nous citerons les chirurgiens, les photographes, les ébénistes, les peintres, les cuisiniers, les laveurs de vaisselle, les épiciers, les boulangers, les pâtissiers, les blanchisseuses et les laveuses, les plâtriers, les maçons.

Il convient de mettre en pleine lumière ce fait majeur que, chez des individus prédisposés, les contacts irritants déterminent un appel pour la dermatose vers laquelle est orienté le sujet. Cela est surtout vrai pour l'eczéma et pour les lichénifications dans la pathogénie desquels le traumatisme joue, comme on le sait, un rôle prépondérant.

Caractères distinctifs des éruptions artificielles de cause externe. — On voit donc que les dermatites traumatiques peuvent revêtir toute sorte d'aspects, et simuler presque toutes les dermatoses, en particulier l'érythème, l'urticaire, l'eczéma, l'eczéma lichénifié, etc. Il y a cependant certains caractères distinctifs qui permettent presque toujours, sinon toujours, de déclarer d'emblée que l'éruption est bien artificielle, ou tout au moins de le soupçonner; ces caractères sont également ceux des *dermatoses simulées* (voir plus loin). Ce sont :

a) La *limitation* de la dermatose aux points qui ont été traumatisés, et dès lors une circonscription nette et bizarre qui ne se rencontre pas dans les autres affections cutanées ; *sa symétrie* est parfois trop complète ou bien *sa configuration* est par trop insolite et par trop livrée au hasard; elle siège souvent aux régions les plus exposées aux contacts irritants, ou les plus facilement accessibles;

b) Un *aspect spécial de la dermatose* dont les éléments éruptifs sont réguliers,

uniformes, très souvent développés autour des follicules pileux, et qui ont un aspect inflammatoire d'une intensité toute spéciale; parfois au contraire il y a des éléments anatomiques par trop différents les uns des autres, réunis dans un petit espace;

c) Enfin les *commémoratifs*, la *production soudaine des lésions*, leur *évolution rapide*, à la suite de contacts irritants, accidentels, ou tenant à la profession du malade, jettent souvent une vive lumière sur la pathogénie et sur la nature réelle d'éruptions insolites.

Ces diverses particularités suffisent dans la grande majorité des cas pour établir le diagnostic. Cependant l'erreur est parfois presque fatale. D'autre part, il est des dermatoses artificielles dont l'aspect est tellement caractéristique qu'il permet de dire d'emblée non seulement que l'éruption est de cause externe, mais encore quel est l'agent qui l'a produite. Telles sont les lésions causées par l'huile de croton, par le thapsia, par l'essence de térébenthine, etc.

Traitement général des éruptions artificielles de cause externe. — Rien de plus simple que le traitement théorique des éruptions artificielles de cause externe. Il faut avant toute chose supprimer la cause morbide, c'est-à-dire l'agent irritant. Malheureusement cette prescription si rationnelle est parfois difficile à remplir, ou de peu d'efficacité, soit parce que la substance irritante appliquée sur les téguments a été absorbée et a pénétré dans l'économie comme dans certaines éruptions mercurielles par exemple, soit parce que l'agent irritant n'a joué que le rôle de cause occasionnelle, a mis en jeu une prédisposition individuelle, et a provoqué l'explosion d'une dermatose bien définie (on comprend que dans ce cas la durée de l'éruption puisse être fort longue); soit enfin parce que les malades tiennent à la profession qui est la cause première des applications irritantes ou ne peuvent pas en changer.

Traitement interne. — Il est à peu près inutile de faire le moindre traitement interne, puisque la lésion est purement locale et traumatique. Cependant dans quelques cas qui constituent des faits de passage entre ce groupe de dermatoses et le suivant, il peut se faire une absorption de la substance nocive : aussi a-t-on proposé de purger alors le malade et de le mettre à la diète pour favoriser l'élimination de l'agent toxique.

Traitement local. — Après avoir mis le sujet à l'abri des contacts nuisibles, il faut s'efforcer de calmer l'irritation des téguments.

Pour cela, on lotionnera avec de l'eau de guimauve, de sureau, de têtes de camomille pure ou additionnée d'un peu d'acide borique s'il y a de la suppuration. Si les démangeaisons sont trop fortes, on ajoutera au liquide dont on se servira un peu d'eau blanche, de coaltar saponiné, de vinaigre ou d'acide cyanhydrique. S'il s'agit d'éruptions artificielles produites par les acides, on préférera les lotions alcalines ; on ajoutera par exemple aux liquides précédents un peu de carbonate ou de bicarbonate de soude. S'il s'agit au contraire d'éruptions produites par des bases, on ajoutera avec avantage un peu de vinaigre, ou d'acide borique. Quand il s'agit d'éruptions artificielles, nous ne conseillons ni le sublimé, ni le chloral, ni l'acide phénique.

Les lotions seront faites matin et soir, à moins qu'il n'y ait une suppuration trop abondante : on les répétera alors aussi fréquemment que ce sera nécessaire.

Elles seront suivies d'applications émollientes, soit de cataplasmes tièdes de farine de graine de lin déshuilée, soit de cataplasmes de fécule de pomme de terre ou d'amidon faits avec de l'eau boriquée s'il y a de la suppuration.

J.-C. White recommande beaucoup l'eau de chaux pure ou additionnée d'un peu d'oxyde de zinc, ou de glycérine.

Quand l'inflammation n'est pas trop vive, on peut se contenter d'appliquer du liniment oléo-calcaire frais aseptisé, de l'axonge fraîche, de la vaseline, du glycérolé d'amidon, du coldcream frais, de la pommade renfermant de 1/3 à 1/10 d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth incorporé à de la vaseline, enfin de la vaseline boriquée au 1/15 ou au 1/20, mais cette dernière préparation est assez souvent irritante. J.-C. White conseille, lorsque l'épiderme est détruit, d'étendre fréquemment sur les parties malades un mélange composé de :

Gélatine.	10 grammes.
Glycérine.	40 —
Eau	50 —

Il s'est servi avec avantage, lorsque l'inflammation était un peu calmée, de pommades renfermant de faibles doses de tannin ou d'acide salicylique. On met un peu de poudre d'amidon par-dessus ces pommades, puis on recouvre le tout d'un linge en toile fine et usée.

Parfois, les applications émollientes ne réussissent pas; il faut alors avoir recours aux poudres sèches. J.-C. White prescrit dans ces cas de la poudre d'oxyde de zinc ou de calamine que l'on mélange en proportions variables avec de la poudre d'amidon. Parfois, la vaseline ou l'axonge pure et fraîche réussissent là où les cataplasmes ont échoué.

Lorsque tout un membre est violemment enflammé, on peut avoir de bons résultats avec des enveloppements pratiqués de la manière suivante : On trempe des morceaux de tarlatane pliés en huit ou douze doubles dans de l'eau de son, de camomille ou de sureau additionnée par verre d'une grande cuillerée à soupe d'amidon et d'une demi-cuillerée à café d'acide borique pulvérisé; on en entoure la partie malade; on recouvre d'une couche d'ouate hydrophile, puis de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée, et on change toutes les douze heures.

S'il y a la moindre menace de lymphangite, il est bon d'ajouter aux lotions et même aux enveloppements qui doivent alors être préférés aux autres méthodes, de l'alcool en quantité aussi grande que l'état des téguments le permet.

Il arrive assez souvent que les éruptions artificielles donnent lieu à des ecthymas, à des furoncles, à de véritables eczémas chez des sujets prédisposés : on instituera dans ce cas le traitement ordinaire de ces diverses affections.

(Pour le traitement de chacune des variétés de ces éruptions artificielles, voir l'excellent ouvrage de J.-C. White : *Dermatitis venenata*, Boston, 1887.)

Traitement de l'érythème intertrigo. — Nous devons ajouter quelques mots à propos du traitement de l'*intertrigo*.

Quand l'inflammation est trop vive, on fait des lotions émollientes, et l'on interpose entre les parties malades des cataplasmes d'amidon ou de fécule de pomme de terre presque froids, faits avec de l'eau boriquée et qu'on renouvelle souvent. Si l'odeur est trop fétide et la suppuration trop abondante, on ajoute à la lotion un peu d'acide borique, d'acide thymique, d'eau blanche ou d'eau d'Alibour. Quand l'inflammation est calmée, on fait des lotions astringentes avec de l'eau de feuilles de noyer plus ou moins forte, avec des solutions de tannin, d'alun, avec de l'eau blanche, puis on saupoudre les parties malades avec une poudre non fermentescible, par exemple : oxyde de zinc et sous-nitrate de bismuth porphyrisé, *âd*

10 grammes, talc pulvérisé de 20 à 40 grammes ; ou bien encore : oléate de zinc, une partie, pour kaolin finement pulvérisé, trois parties. On a aussi employé avec succès l'acide borique finement pulvérisé, mélangé à beaucoup de kaolin. Dans quelques cas cependant, le mélange d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth avec trois ou quatre parties d'amidon est bien supporté. Quand les démangeaisons sont trop fortes, on y ajoute un peu de camphre, et, si la transpiration est trop abondante, de l'acide salicylique. On interpose entre les parties malades, de façon à éviter tout contact, un morceau de linge en toile fine et usée, imprégné de la même poudre. Ce pansement est renouvelé au moins deux fois par jour, et plus souvent, si c'est nécessaire. Parfois, les pâtes réussissent mieux : on emploie alors la pâte à l'oxyde de zinc épaisse pure ou additionnée d'essence de menthe, de borate de soude et de benjoin.

Quand l'intertrigo est symptomatique de streptococcie, on fait les lotions avec de l'eau d'Alibour coupée de 5 à 15 fois son volume d'eau bouillie; on touche les fissures avec une solution de nitrate d'argent au 1/25 ou au 1/50, et on panse avec du talc boriqué ou camphré, avec interposition entre les plis de toile fine aseptisée imprégnée de la même poudre. Quand l'intertrigo se complique de séborrhéides, ce qui est fréquent, on termine la médication par l'emploi de topiques indiqués contre ces affections, et parmi eux nous recommanderons surtout les préparations d'ichthyol, de goudron ou d'huile de cade.

Dans l'*érythème lisse* (*erythema læve*) on doit prescrire le repos horizontal, les lotions un peu astringentes (mélilot, thé vert, additionnés de quelques gouttes d'extrait de saturne ou d'alcool camphré), et les poudres sèches de quinquina, de lycopode ou de tan.

Dans l'*érythème paratrimme* on essayera avant tout d'améliorer le décubitus du malade et d'adoucir les pressions par l'emploi du matelas à air ou à eau. On fera quelques lotions stimulantes ou antiseptiques avec le vin aromatique, l'alcool camphré, l'eau boriquée, et on poudrera avec des poudres de quinquina, de tan, de sous-carbonate de fer, etc...

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES DE CAUSE EXTERNE ET FORMES CLINIQUES SPÉCIALES QUI S'Y RATTACHENT

D'une manière générale on peut diviser les causes des éruptions artificielles de cause externe en cinq groupes principaux qui sont :

I. *Les traumatismes purs ;*

II. *Les irritants d'origine animale ;*

III. *Les irritants d'origine végétale ;*

IV. *Les irritants d'origine minérale, les irritants chimiques, et les divers produits de l'industrie d'origine organique ;*

V. *Les irritants d'origine atmosphérique.*

I. — Traumatismes purs

Les pressions prolongées, les frottements, les frictions répétées, font subir aux téguments diverses modifications que nous avons étudiées plus haut.

Mais à ce groupe de traumatismes purs se rattachent deux catégories de faits sur lesquels nous devons donner quelques détails : Ce sont :

A. Les *alopécies traumatiques directes.*

B. Les *glossites traumatiques.*

A. Alopécies traumatiques directes. — Nous donnons le nom d'*alopécies traumatiques directes* aux alopécies qui sont le résultat de l'avulsion directe des cheveux, ou de l'usure des poils par le frottement, ou de l'action directe d'un agent extérieur nuisible. Nous désignons sous le nom d'*alopécie traumatique indirecte* les chutes de cheveux consécutives à un coup ou à une blessure quand le traumatisme agit sur un tronc nerveux, ou sur les extrémités nerveuses. Ces alopécies doivent être rattachées comme aspect clinique et peut-être comme pathogénie aux variétés d'alopécie peladoïde qui reconnaissent pour cause une origine nerveuse.

Les alopécies traumatiques directes se subdivisent en trois groupes :

a) *Alopécies par avulsion des cheveux ou des poils ;* b) *Alopécies par frictions ;* c) *Alopécies par traumatisme direct des téguments.*

a) *Alopécies par avulsion des cheveux ou des poils.* — L'épilation thérapeutique rentre dans ce groupe ; on doit également y ranger cette curieuse manie qu'ont certaines personnes d'arracher constamment les cheveux et les poils en certains points du corps ou du cuir chevelu. C'est la trichomanie d'E. Besnier, la trichotillomanie de Hallopeau (voir ce mot aux *Dermatoses d'origine nerveuse* ou *Trophonévroses*).

Ce groupe comprend deux sous-variétés : *a*) les *alopécies par frottements* qui s'observent chez les enfants en bas âge, et chez les femmes par suite de l'abus des peignes ou des épingles à cheveux ; *b*) les *alopécies par grattages* qui s'observent chez les personnes atteintes de prurit intense et persistant des régions velues.

a) L'*alopécie par frottement des enfants en bas âge* s'observe surtout à la région occipitale inférieure chez les enfants débiles, hydrocéphales ; elle résulte du frottement constant de la nuque sur le traversin : parfois cependant, mais fort rarement, on l'a observée aux bosses pariétales. Elle a été bien étudiée par Variot sous le nom de pseudo-alopécie des enfants.

Elle occupe d'ordinaire une zone circulaire correspondant à la partie supérieure de l'occipital : elle est limitée en bas par une collerette de cheveux, à concavité supérieure, s'étendant de la nuque vers les régions mastoïdiennes ; en haut, elle empiète un peu sur la suture lambdoïde ; sur les côtés, elle s'étend jusqu'aux bosses pariétales. Ses limites sont presque toujours assez précises en bas, tandis qu'en haut et sur les côtés la transition vers le cuir chevelu sain se fait graduellement. Vers les bosses pariétales il est commun de voir des cheveux écourtés, comme s'ils avaient été cassés à mi-longueur par le frottement. Le grand caractère objectif de cette variété est qu'avec un peu d'attention on aperçoit à l'œil nu et à la loupe sur les plaques en apparence glabres de nombreux follets, courts, fins, peu pigmentés ; au microscope les follicules pileux sont sains, nullement atrophiés.

Il est vraisemblable que cette pseudo-alopécie dépend surtout des frottements. En effet à la périphérie des plaques on trouve des poils cassés et comme usés ; la tête repose constamment sur l'oreiller, de telle sorte que les cheveux ne sont jamais en contact avec l'air et la lumière, et ils sont sans cesse soumis à une assez forte pression. Toutes ces raisons se combinent pour en amener la décoloration et en empêcher le développement.

b) Chez les femmes, les *alopécies par frottements* existent surtout vers le vertex, un peu au-dessus de la région occipitale. Elles dépendent presque toujours aussi de causes multiples : d'abord et avant tout de la pression directe des peignes, et malheureusement dans ces derniers temps les modes nouvelles ont généralisé l'emploi de ces objets de toilette : les femmes en portent d'ordinaire quatre, l'un sur le vertex vers l'occiput, un autre sur le vertex vers le front, deux vers les tempes pour faire « bouffer leurs cheveux » ; elles multiplient ainsi les points de pression et facilitent de plus en plus la formation des alopécies temporales et sincipitales auxquelles elles sont sujettes.

Les alopécies par frottement des femmes ont un peu le caractère général des alopécies dites séborrhéiques qui les compliquent d'ailleurs presque toujours. Elles en diffèrent cependant par leur circonscription beaucoup plus étroite, par leur limitation aux points de pression, par la présence assez fréquente de cheveux noirs, irréguliers, frisés, comme tordus et cassés ; parfois leur ressemblance avec les alopécies séborrhéiques est telle que l'examen seul des cheveux et du cuir chevelu ne peut permettre de les en distinguer : les cheveux deviennent de plus en plus grêles, de plus en plus fins ; ils cassent, et sont progressivement remplacés par du duvet qui disparaît à son tour en ne laissant qu'une plaque glabre et une calvitie irrémédiable.

Le diagnostic se fait donc par l'aspect, par la localisation, par la coexistence des peignes ou des faux cheveux, par l'absence d'autres affections connues du cuir chevelu.

Ces alopécies par frottement peuvent s'observer en d'autres régions du corps, en particulier sur certains points des membres qui sont soumis au contact incessant des vêtements, comme la face externe des mollets par exemple : elles sont caractérisées par ce fait qu'on y voit des follicules pileux, mais les poils y sont cassés, ou même usés comme si on s'était servi d'une pierre ponce.

c) *Alopécies par grattage.* — Les alopécies par grattage s'observent surtout aux sourcils chez les personnes qui sont atteintes de prurit rebelle de la face. Ce sont presque toujours des arthritiques nerveux qui sont en proie à d'effroyables démangeaisons et qui ne cessent de se gratter ou de se frotter les parties atteintes. Ils arrivent ainsi à user complètement les sourcils où les téguments deviennent un peu rugueux, épaissis, presque toujours pigmentés, parfois d'un rouge brunâtre ; à leur surface on aperçoit les follicules pileux, mais les poils sont véritablement usés au ras de la peau comme si on les avait longuement et minutieusement passés à la pierre ponce.

Cet aspect est tout à fait pathognomonique et ne permet pas de confondre cette variété d'alopécie avec aucune autre. Elle diffère de la trichotillomanie avec laquelle elle coexiste parfois, et que nous avons d'ailleurs observée aux sourcils sans prurit, en ce qu'elle est toujours consécutive au prurit, en ce que les poils ne sont pas arrachés, mais usés, en ce que les téguments présentent souvent eux aussi des lésions dues au grattage.

On peut observer cette alopécie par grattage en un point quelconque du corps, même au cuir chevelu, quoiqu'elle y soit assez peu commune : nous répétons que les sourcils sont de beaucoup son lieu d'élection.

d) *Alopécies par destruction directe du follicule pileux, ou par action en masse sur les téguments d'un agent vulnérant quelconque.* — Cette catégorie comprend les alopécies cicatricielles consécutives aux plaies contuses qui désorganisent le cuir chevelu et détruisent les follicules pileux, aux brûlures profondes, accidentelles ou

thérapeutiques (thermocautère et électrocautère), à l'action des caustiques, en particulier de l'huile de croton, aux vésicatoires suppurés, etc.).

Nous devons enfin ranger dans ce même groupe les alopécies assez fréquentes chez les enfants qui sont consécutives à des coups portés sur le cuir chevelu et dans lesquelles les cheveux tombent tout autour du point touché, dans une zone plus ou moins étendue suivant l'intensité du traumatisme. Comme forme, comme aspect du cuir chevelu, elles simulent la pelade à s'y méprendre.

Traitement des alopécies traumatiques directes. — Nous avons bien peu de chose à dire à propos du traitement de ces alopécies.

a) L'*alopécie par frottement* des enfants en bas âge guérit spontanément dès qu'ils sont assez forts pour ne plus garder la position couchée, qui est la cause première de l'affection : pour agir moralement auprès des parents, on pourra prescrire l'application d'une solution légèrement excitante, à base de quinine et de rhum, avec recommandation de l'étendre de deux ou trois fois son volume d'eau et même d'en suspendre totalement l'usage si le cuir chevelu devient rouge et sensible.

Théoriquement, l'emploi de ces préparations n'est guère indiqué, puisqu'il s'agit d'une alopécie par friction. Les pommades devraient être préférables, et l'on pourrait, à la rigueur, employer — toujours avec surveillance de peur d'irritation du cuir chevelu — soit la pommade de Dupuytren, soit les anciennes pommades dites philocomes des auteurs, soit plus simplement un peu de vaseline boriquée. Nous répétons que, lorsque c'est possible, il est encore préférable de ne rien faire et d'attendre la suppression de la cause première de l'alopécie.

b) L'*alopécie des peignes et des perruques* chez la femme nécessite impérieusement la suppression totale de ces objets de toilette : il est, en outre, presque toujours utile d'instituer chez elles le traitement de l'alopécie prématurée idiopathique (voir ce mot).

c) L'*alopécie par grattage* n'a d'autre traitement que celui du prurit qui en est la cause première (voir ce mot).

d) Les *alopécies consécutives aux cicatrices* sont incurables.

e) Celles qui se développent à la suite de coups directement reçus au niveau du cuir chevelu guérissent spontanément; cependant, on peut activer jusqu'à un certain point la repousse des poils en prescrivant des frictions et des pommades excitantes dérivées de celles dont on se sert dans la pelade ; par exemple :

1° Tenir la tête soigneusement nettoyée, la laver toutes les fois que c'est utile avec de l'eau boriquée chaude et du savon au goudron et au panama ;

2° Tous les soirs mettre sur les plaques un peu de la pommade suivante, sauf trop grande irritation du cuir chevelu.

Résorcine.	de 15 à 25 centigrammes.
Goudron purifié.	de 1 à 3 grammes.
Savon noir.	de 0gr,30 à 1 —
Soufre précipité.	de 1 à 3 —
Lanoline. . . . . } Vaseline pure. . . . . }	àà 10 —
Baume du Pérou	Q. S. pour aromatiser.

Proportionner les doses à l'excitabilité du cuir chevelu du sujet;

3° Tous les matins faire une friction des plaques malades avec la solution suivante :

Chlorhydrosulfate de quinine		1 gramme.
Acide acétique cristallisé		3 grammes.
Teinture de cantharide		5 —
— de romarin	ãã	20 —
— de jaborandi.		
Rhum.		125 —

Si ce mélange irrite trop le cuir chevelu, le couper de la quantité d'eau nécessaire pour qu'il ne produise qu'une excitation tolérée.

B. Glossite traumatique. — Toutes les fois que l'on est consulté pour une inflammation quelconque de la langue, il faut avant toute chose rechercher si les phénomènes morbides ne sont pas en relation directe avec un traumatisme. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de ce point, sur la fréquence des irritations simples ou des ulcérations des bords et de la pointe de l'organe causées par les dents cariées, les simples saillies dentaires, les appareils prothétiques. Ces lésions sont essentiellement polymorphes : elles peuvent ne consister qu'en de la rougeur, de la sensibilité, de la tuméfaction du point lésé ; mais il peut se produire aussi des excoriations arrondies, ovalaires ou irrégulières, et même des ulcérations profondes à fond sanieux grisâtre, entourées ou non d'un noyau d'induration, à bords parfois assez réguliers, plus souvent inégaux, taillés à pic, érodés ; les tissus périphériques sont enflammés, tuméfiés, la lésion peut même arriver à former une véritable tumeur, surtout lorsqu'elle persiste depuis longtemps, et lorsque les caractères de réaction inflammatoire aiguë sont peu marqués. La face dorsale de la langue est souvent couverte d'un enduit saburral fort épais ; l'haleine est fétide ; les mouvements de l'organe lésé sont presque toujours douloureux, gênés, parfois impossibles.

Ces ulcérations traumatiques sont fréquemment prises pour des lésions syphilitiques, tuberculeuses, cancéreuses, et le diagnostic est assez souvent compliqué par ce fait que des manifestations réelles de la syphilis, de la tuberculose ou de l'épithéliome, peuvent changer d'aspect et s'aggraver sous l'influence de traumatismes. Il faudra donc dans les cas qui sembleront douteux réserver son diagnostic et son pronostic.

Quoi qu'il en soit, les caractères majeurs de ces glossites traumatiques sont faciles à reconnaître ; elles siègent toujours ou presque toujours vers les bords et vers la pointe de l'organe, et, signe constant, elles sont directement en rapport avec un corps irritant.

Certains nourrissons présentent une ulcération du frein de la langue et de la muqueuse adjacente ; cette ulcération est unique, grisâtre, d'origine traumatique par manque de soins d'hygiène et d'irritation mécanique du frein lors de la succion sur un rebord gingival tranchant et sur les incisives médianes inférieures : c'est la *maladie de Riga*.

Traitement. — L'indication thérapeutique découle de ce qui précède ; faire supprimer immédiatement la cause de l'irritation ; s'il s'agit de dents cariées, il faut les faire arracher, surtout chez les sujets qui ont plus de quarante ans, et chez lesquels des traumatismes incessants pourraient devenir le point de départ d'un cancer. S'il s'agit de simples saillies dentaires il faut les laver ou les envelopper d'un appareil prothétique en gutta-percha qui substitue une surface lisse à la surface inégale avec laquelle la langue est en contact. Il faut changer les appareils den-

taires qui blessent. On fera baigner fréquemment la bouche avec des préparations émollientes, boriquées, avec de l'eau oxygénée neutralisée et diluée ; on réclamera du malade une hygiène buccale des plus rigoureuses (voir article *Leucoplasie*), et on le fera revenir dans quelques jours pour s'assurer de la complète disparition des phénomènes, de peur que la glossite ne soit surajoutée à une lésion d'une autre nature.

Si l'ulcère ne se cicatrise pas assez vite, on en badigeonnera la surface avec une solution faible d'acide chromique ou de bleu de méthylène ou avec un collutoire au borax.

Certains auteurs ont prétendu que ces ulcérations traumatiques s'observaient surtout chez des sujets dyspeptiques ou débilités : on surveillera les malades à ce point de vue, et, si c'est utile, on instituera une médication appropriée (voir, pour plus de détails, les nombreux articles des traités didactiques dans lesquels est exposé le diagnostic des ulcérations de la langue).

II. — Irritants d'origine animale

Parmi les irritants d'origine animale nous signalerons :

a) Les *animaux parasites de l'homme* que nous étudions dans la classe II.

b) *Certains animaux qui n'ont que des rapports tout à fait accidentels avec l'homme*, tels que les méduses, les actinies (orties de mer), beaucoup d'autres organismes inférieurs habitant la mer, les cantharides, les fourmis, les abeilles, les guêpes, les frêlons, les scorpions, certains papillons, les cocons de vers à soie qui provoquent chez les personnes qui les manient l'affection à laquelle on a donné le nom de mal de vers ou de bassine, de maladie de dévideuses de cocons.

Mal de vers ou de bassine. — Cette affection siège aux mains des ouvrières qui tiennent leurs mains plongées dans l'eau chaude dans laquelle se trouvent les cocons. C'est la main droite qui est le plus souvent atteinte. Il se produit d'abord du prurit, un érythème sur lequel se développent des vésicules, et souvent des pustules assez volumineuses qui laissent à leur place des ulcérations ; parfois des lymphangites les compliquent.

c) *Les divers liquides et les diverses sécrétions de l'organisme* tels que le mucopus du coryza, de la blennorragie et de la vaginite, les matières fécales, l'urine et surtout les urines des diabétiques, les sécrétions sudorales, les crasses de la peau, etc.

Nous rattachons à ce groupe l'étude de certaines lésions intertrigineuses.

Vue d'ensemble des éruptions intertrigineuses. — Nous avons donné plus haut dans la symptomatologie générale des éruptions artificielles de cause externe une description succincte de l'érythème intertrigo des vieux auteurs.

La pathogénie des éruptions intertrigineuses est presque toujours fort complexe. Dès que la peau est lésée par le contact des substances irritantes, les divers microbes qui s'y trouvent pullulent avec une incroyable rapidité, et ils interviennent dès lors eux aussi pour modifier l'aspect de la lésion et en augmenter l'intensité. Ceux que l'on observe le plus souvent sont : le staphylococcus cutis communis auquel s'associe quelquefois le bacille bouteille, parfois le streptocoque, dans les formes pustuleuses et furonculeuses le staphylocoque doré.

L'étude de ces lésions intertrigineuses est à reprendre de fond en comble, d'autant mieux qu'elles ont d'étroites relations avec ce que Hébra appelait l'eczéma marginatum, avec certaines dermatoses encore appelées eczémas séborrhéiques par quelques auteurs, avec l'érythrasma, etc... Nous avons montré qu'une partie notable de ces dermatoses doit être rangée, comme le veut Sabouraud, dans les streptococcies (voir plus haut).

Nous devons maintenant dire quelques mots de deux variétés éruptives et pathogéniques importantes que l'on peut faire rentrer dans le groupe que nous étudions :

1° *Les lésions intertrigineuses de la femme atteinte d'écoulements pathologiques et surtout de blennorragie et de syphilides vulvaires.*

2° *Les diabétides génitales.*

1° Lésions intertrigineuses de la femme atteinte d'écoulements pathologiques. — Ces lésions ont été étudiées en détail par L. Bernard et par nous-même dans les *Annales de dermatologie*, 1899, p. 1.

Symptômes. — Chez la femme atteinte d'écoulements pathologiques et surtout de blennorragie, on voit fréquemment au niveau de la fossette génito-crurale, plus rarement sur toute l'étendue des régions supérieures et internes des cuisses, des lésions spéciales qui sont tantôt d'un rouge plus ou moins vif et comme inflammatoires, tantôt d'un brun plus ou moins pâle, plus ou moins foncé suivant les sujets, et qui donnent dans ce dernier cas l'impression d'altérations cutanées constituées, à l'état de repos.

État torpide. — A l'état de repos, dans leur aspect le plus banal, les lésions que nous étudions consistent en une série de sillons légèrement sinueux, de un quart à un demi-millimètre à peine de profondeur, obliquement dirigés d'avant en arrière et de haut en bas, dont la longueur varie de 2 ou 3 millimètres à 1 centimètre et demi, 2 centimètres et même 3 centimètres, assez irrégulièrement placés les uns à côté des autres, s'intriquant en quelque sorte, mais toujours plus ou moins parallèles d'une manière générale, formant parfois, mais rarement, dans leur trajet ou par leur réunion avec un autre sillon, un angle obtus ou presque droit.

Quand on tend la peau, le fond même de ces sillons se dessine en rosé sur les téguments distendus ; parfois cependant, chez des sujets assez âgés, ou n'ayant eu depuis longtemps aucune poussée inflammatoire, le fond des sillons se dessine quand on exécute cette manœuvre en stries d'un blanc nacré.

Entre ces sillons existent des sortes de plateaux sinueux assez irréguliers, allongés dans le sens antéro-postérieur et un peu obliquement de haut en bas, suivant la direction des sillons qui les limitent. Leur surface est elle-même très irrégulièrement parcourue par quelques sillons antéro-postérieurs superficiels à peine marqués, rappelant comme aspect l'impression légère d'une pointe d'aiguille sur de la cire, parfois à peu près parallèles aux grands sillons dans tout leur parcours, parfois coudés à angle droit en certains points.

En outre, toute la surface de ces pseudo-plateaux est traversée d'une multitude de sillons superficiels parallèles entre eux, perpendiculaires aux sillons principaux, et qui descendent jusqu'au fond des grands sillons en transformant les crêtes latérales des plateaux en une série de petits sommets minuscules, ce qui donne à ces lignes de faîte un aspect général sinueux et comme tremblé.

Çà et là disséminées sans ordre aucun se voient de minuscules saillies folliculaires, sous la forme de petits points arrondis de la grosseur d'une moyenne tête

d'épingle : leur teinte est d'ordinaire un peu plus blanche que le reste de la lésion. Ces saillies ont avec les sillons des rapports fort variables ; presque toujours elles sont tangentes à l'un de ces sillons.

Quand on tend la peau au niveau des fossettes génito-crurales, ces lésions deviennent bien moins visibles, parfois même elles disparaissent pour ainsi dire complètement. Elles semblent se produire avec plus de facilité chez les femmes dont

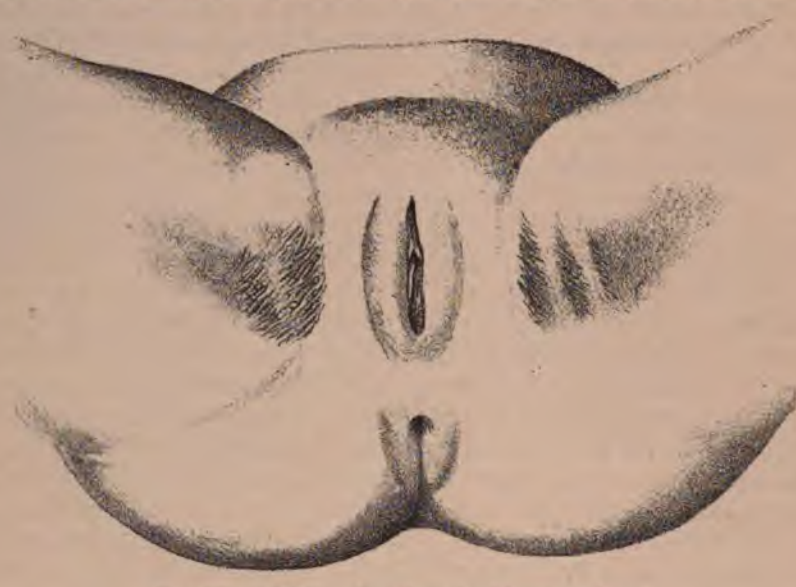


Fig. 31. — Schéma des stigmates blennorragiques.

On y voit à gauche un type de stries fort développées et en nappes de la fossette génito-crurale, — à droite un type un peu moins accentué. En dehors des fossettes génito-crurales, sur la face interne des cuisses plaques pigmentées avec quelques stries dans le point le plus voisin des fossettes génito-crurales.

Fig. 32. — Détail des stries des fossettes génito-crurales, pour montrer les sillons, les crêtes, les plateaux, les petites saillies arrondies.

Fig. 33. — Saillie entre deux sillons principaux grossie pour montrer les sillons secondaires et l'aspect de sa surface.

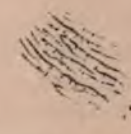


Fig. 34. — Aspect des stries de la face interne des cuisses.

ces régions sont absolument glabres. Elles s'accompagnent pour ainsi dire toujours d'un certain degré de pigmentation. Mais cette pigmentation est des plus variables comme intensité. Elle paraît tenir d'une part au degré de développement de la lésion elle-même ; d'autre part et surtout au pouvoir chromatogène du sujet.

Les malades n'accusent jamais la moindre douleur, le moindre prurit au niveau des régions ainsi modifiées.

État inflammatoire. — Quand les malades ont un écoulement blennorragique abondant, ou des lésions syphilitiques ulcéreuses (chancres ou syphilides papulo-

érosives) en pleine activité et suintantes, les lésions que nous venons de décrire sont souvent très accentuées, d'un rouge plus ou moins vif, en quelque sorte turgescentes. Les sillons peuvent avoir jusqu'à un millimètre de profondeur, et l'ensemble des plaques donne assez bien l'impression d'une région montagneuse microscopique sillonnée de ravins assez irréguliers, mais ayant tous une direction générale parallèle. Cet état inflammatoire est fort éphémère ; il s'atténue par le repos et par les soins d'hygiène avec la plus grande rapidité. Il n'occupe pas toujours d'une manière uniforme toute l'étendue de la fossette génito-crurale : il peut ne former que quelques plaques disposées d'ordinaire en bandes transversales grossièrement parallèles au pli inguinal, entre lesquelles les lésions présentent l'aspect que nous avons décrit dans l'état de repos. En outre, ces états inflammatoires s'accompagnent assez souvent d'érythème intertrigineux banal, parfois même de tuméfaction des téguments : elles siègent surtout au niveau des plis inguinaux, vers la face externe des grandes lèvres et la face interne des cuisses.

Un peu au-dessous de la fossette génito-crurale, les cuisses des femmes, surtout lorsqu'elles sont un peu grasses, ont de la tendance à devenir tangentes à l'état de repos lorsque les pieds sont rapprochés; pendant la marche elles frottent l'une contre l'autre dans une étendue qui varie suivant la conformation des sujets et leur embonpoint. Ces zones de frottement sont d'ordinaire figurées par un triangle à base supérieure curviligne dont la concavité supérieure est située au-dessous et parfois un peu en arrière de la fossette génito-crurale, à sommet inférieur assez mousse qui s'estompe le long de la face interne de la cuisse. — C'est à ce niveau que chez les femmes qui ne se tiennent pas très propres, et qui ont des écoulements vaginaux ou vulvaires abondants, se développent des lésions éminemment banales qui sont contituées par plusieurs éléments [1] : d'abord et avant tout par de la pigmentation d'intensité fort variable allant du jaune brunâtre à peine accusé au brun foncé presque noirâtre : c'est l'élément de beaucoup le plus important et au premier abord il semble exister seul : mais, en examinant les téguments de fort près, on ne tarde pas à voir que vers la racine du membre, dans les environs de la fossette génito-crurale, la peau est striée d'une grande quantité de petits sillons superficiels parallèles, obliquement dirigés de haut en bas, d'avant en arrière, séparés les uns des autres par des intervalles variant de 1 millimètre à 1 millimètre et demi, et formant dans leur ensemble une plaque courbe à très grand rayon dont la concavité regarde en haut et en arrière. Ces sillons semblent être d'ordinaire la continuation et la réduction des lésions de la fossette génito-crurale [2].

Sur les plaques pigmentées de la face interne des cuisses, il est facile en les observant obliquement de façon à faire varier les incidences de lumière, de distinguer de très nombreuses petites facettes minuscules, aplaties, brillant aux incidences de lumière, séparées les unes des autres par de toutes petites dépressions. Elles sont tout à fait analogues aux lésions de début des lichénifications, et, pour préciser davantage, aux lésions de nos lichénifications avortées diffuses. Les plaques des cuisses peuvent donc être constituées par les trois éléments suivants : *pigmentation, sillons, facettes brillantes.*

Tout autour de l'anus on trouve chez les femmes un peu grasses et chez celles qui ont d'abondants suintements anaux ou génitaux, les trois zones suivantes qui

[1] Voir pour tous les détails de ces lésions, pour leur configuration, leur situation exacte, leurs variations, etc..., le mémoire déjà cité. (L. Brocq et L. Bernard, Etude nouvelle des lésions intertrigineuses de la femme : *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1899, p. 8 et suiv.)

[2] Toute cette description est un peu écourtée. Voir pour plus de détails le mémoire précité.

constituent ce que nous avons appelé la *cocarde péri-anale :* 1° au niveau même de l'anus et de ses plis radiés une première zone pigmentée assez foncée ; 2° en dehors, une deuxième zone assez claire, au niveau de laquelle la peau est un peu rouge dans les cas où il existe un certain degré d'érythème, tandis qu'elle n'y est que fort légèrement pigmentée lorsque tout est rentré dans le calme ; cette zone moyenne, dont la largeur varie de 2 à 3 ou 4 centimètres suivant les cas, occupe à partir du pourtour de l'anus toute la région du contact des fesses ; 3° en dehors de cette deuxième zone se voit la troisième et dernière, la plus externe, qui figure une sorte de bordure des plus nettes, de 1 centimètre environ de largeur moyenne. Elle correspond à la limite externe de la région de contact des deux fesses. Elle décrit donc une courbe à concavité antérieure ; en arrière, elle se relie à celle du côté opposé au fond du pli interfessier, plus ou moins haut suivant les sujets ; de là elle suit la face interne et inférieure de la fesse, en décrivant la courbe à concavité antérieure et supérieure dont nous venons de parler, et elle vient mourir en avant d'une manière insensible, le plus souvent vers la base postérieure des grandes lèvres, plus rarement un peu plus en dehors, vers la naissance des lésions de la fossette génito-crurale. La teinte de cette troisième zone est toujours beaucoup plus accentuée que celle de la zone moyenne. Quand ces régions sont enflammées, elle est d'un rouge plus ou moins vif, et au-dessous de cette rougeur on distingue nettement un degré notable de pigmentation qui devient des plus apparentes, quand on fait disparaître l'érythème par la pression ; quand toute inflammation s'est dissipée, cette zone externe tranche encore sur la zone moyenne par une teinte pigmentée qui varie, suivant les sujets et suivant l'intensité des lésions, du jaune brunâtre au brun foncé presque noir.

Anatomie pathologique. — Au point de vue histologique, les lésions dont nous venons de parler consistent surtout en des modifications de l'épiderme et un peu des papilles dermiques : à l'état aigu, il existe un processus d'activité cellulaire qui aboutit à la prolifération des diverses couches de l'épiderme, en particulier de la couche épineuse et du stratum granulosum : à l'état torpide, l'épaisseur de la couche épineuse est moindre, mais les papilles sont beaucoup plus allongées, et on trouve des dépôts de pigment dans les cellules dermiques et dans les cellules génératrices.

Pathogénie. Étiologie. — On voit donc qu'au point de vue objectif et pathogénique on peut distinguer deux ordres de lésions assez différentes dans ces modifications des téguments péri-génitaux : 1° des lésions d'inflammation épidermique aiguës ou chroniques, érythémateuses ou non, qui siègent au niveau des fossettes génito-crurales, et qui semblent résulter presque uniquement de l'action sur les téguments de liquides pathologiques : on peut en rapprocher les lésions de la troisième zone péri-anale ; 2° des lésions assez rarement érythémateuses, surtout pigmentées, à petits sillons minuscules, et à facettes brillantes, qui résultent un peu du contact des liquides pathologiques, mais surtout des frottements les unes contre les autres des fesses et des cuisses imprégnées de ces mêmes liquides.

Ces lésions s'observent chez les femmes qui ne prennent pas de soins de toilette minutieux et qui ont une affection des organes génitaux donnant lieu à un suintement quelconque. Elles sont surtout fréquentes chez les blennorragiques, et nous avons retrouvé le gonocoque à la surface de la plupart des lésions des fossettes génito-crurales qui offraient une teinte érythémateuse. Elles peuvent être considérées presque toujours comme des stigmates de la blennorragie.

Cependant on peut les rencontrer aussi chez les leucorrhéiques, dans certaines

métrites, chez des personnes atteintes de chancres indurés géants ou multiples, de syphilides papulo-érosives ou papulo-hypertrophiques des organes génitaux.

Traitement. — Il suffit de soustraire les régions atteintes au contact des liquides irritants et aux frottements.

On soignera donc la maladie, cause première, blennorragie, syphilis, métrite, etc., pour épuiser tout écoulement.

On fera trois fois par jour au moins une toilette soigneuse des régions malades avec des liquides aseptiques, eau boriquée chaude par exemple, additionnée d'un peu de coaltar saponiné ou d'eau blanche.

Puis on poudrera ces régions avec une poudre inerte quelconque, talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, ceyssatite, etc...

2° Diabétides génitales. — Nous décrirons ici les éruptions qui semblent être en relation directe avec l'irritation des téguments par le contact et la fermentation des urines chargées de glucose.

Symptômes. — Les lésions cutanées des organes génitaux d'origine diabétique sont fort importantes à connaître. Elles sont parfois le premier symptôme apparent de la maladie, ce qui s'explique par ce fait que les téguments des organes génitaux sont soumis comme tout le reste de l'économie à l'action nuisible de la glycémie, et qu'ils sont de plus directement lésés par le contact de l'urine chargée de glucose.

Quand les malades ne prennent pas des soins minutieux de propreté, pour peu qu'il reste de l'urine sur les téguments, elle fermente avec la plus grande rapidité, devient ainsi fort irritante, et favorise la production de nombreux parasites, végétaux cryptogamiques ou microbes, lesquels prolifèrent avec la plus grande rapidité et interviennent eux aussi pour leur part dans la genèse de la dermatose.

En somme, les diabétides génitales sont à la fois des dermites traumatiques, parasitaires et toxiques.

Nous laisserons de côté les gangrènes des organes génitaux dont nous parlons ailleurs (voir *Gangrènes*). En dehors de cette forme grave, les diabétides génitales proprement dites peuvent revêtir les quatre aspects suivants :

1° Il peut n'y avoir que du *prurit* quelquefois modéré, souvent d'une intensité extrême, surtout chez la femme : il occupe chez elle la vulve, le périnée, l'anus, et chez l'homme le prépuce, le gland et parfois le scrotum (voir l'article *Prurit* pour le traitement).

2° Le plus souvent le prurit s'accompagne de rougeurs plus ou moins marquées; elles peuvent rester à l'état de simple *érythème*.

3° Mais presque toujours elles finissent par devenir suintantes, et revêtent alors l'aspect de l'*eczéma*. A. Fournier en a décrit deux formes :

a) Une *forme aiguë*, caractérisée chez la femme par sa localisation à la vulve et aux régions péri-vulvaires, par une rougeur intense et une tuméfaction des téguments atteints, par un suintement séreux, par des démangeaisons et des sensations de brûlure et de cuisson des plus vives, par sa ténacité, par sa tendance aux récidives avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui tiennent sans doute à des variations dans la composition des urines.

b) Une *forme chronique* qui succède d'ordinaire à la forme aiguë, qui s'étend plus loin qu'elle, qui gagne les aines, le périnée, le pourtour de l'anus, le vagin, parfois même l'abdomen, et qui se caractérise par une rougeur plus sombre et par

une infiltration hyperplasique des tissus, résultat de grattages incessants. Sur toutes les parties malades on retrouve les crasses sébacées parasitaires que nous avons mentionnées plus haut, fort souvent de l'érythrasma, et les autres dermatoses qui composent ce que Hebra appelait l'eczéma marginatum.

Chez l'homme, l'eczéma diabétique occupe le gland et surtout le prépuce qui rougit, se tuméfie, présente fort souvent au niveau de son anneau inférieur une couronne de craquelures ou de gerçures. Peu à peu les irritations incessantes déterminent l'épaississement et la transformation fibreuse des parties malades ; l'ouverture préputiale se rétrécit de plus en plus de manière à constituer un phimosis des plus étroits : dès lors il devient fort difficile, sinon impossible, de pratiquer des lavages complets du sillon glando-préputial qui est rempli d'un smegma abondant ; les causes d'irritation deviennent permanentes : le prépuce s'indure de plus en plus, et son orifice fibreux, inextensible, est parfois tellement étroit que c'est à peine si les urines peuvent s'écouler, et qu'une opération devient nécessaire. Le malade éprouve des sensations de cuisson, de prurit qui peuvent être fort violentes.

Cette *balano-posthite diabétique* peut se compliquer d'indurations fibreuses nodulaires, de poussées inflammatoires aiguës des plus vives, d'éruptions d'herpès d'eczéma et qui donnent lieu à un écoulement séro-purulent abondant, de végétations considérables, d'ulcérations qui simulent la syphilis et l'épithéliome.

4° Dans quelques cas enfin, on voit survenir sur les parties génitales déjà hyperémiées, en particulier chez l'homme, de petites lésions arrondies ou ovalaires très superficielles qui simulent tout à fait des vésicules d'*herpès*, qui desquament et guérissent avec rapidité, mais qui sont assez souvent sujettes à récidiver avec la ténacité la plus désespérante.

Traitement. — Nous renvoyons, pour le traitement général, aux ouvrages spéciaux, et pour tous les détails du traitement local, au traitement des éruptions artificielles de cause externe en général.

Nous nous bornerons aux quelques remarques suivantes :

Les causes des diabétides génitales étant bien connues, on s'efforcera avant tout de les supprimer.

Pour cela il faut : 1° diminuer la dose de sucre contenue dans les urines (traitement général) ; 2° empêcher le contact prolongé des urines avec les téguments, leur fermentation, et la pullulation des parasites.

Le diabétique doit donc avant toute chose tâcher de ne pas uriner sur ses téguments, et, si cet accident se produit, se laver immédiatement après avec une solution alcaline au bicarbonate ou au borate de soude. Il poudrera ensuite les parties malades avec une poudre inerte composée par exemple de talc 60 grammes, sous-nitrate de bismuth et oxyde de zinc āā 20 grammes, borate de soude 2 grammes. Ces quelques soins suffisent d'ordinaire dans les cas de simple érythème.

S'il s'agit d'eczéma diabétique, on pourra employer chez la femme des lotions plus fortement antiseptiques et antiprurigineuses à l'acide borique, à l'eau oxygénée, au coaltar saponiné, au sous-acétate de plomb, des pommades et des poudres appropriées, l'interposition entre les parties malades d'ouate aseptique ; chez l'homme, on fera des injections intra-préputiales avec les liquides précédents, au besoin même avec une solution de nitrate d'argent aux deux-centième, au centième, et même au cinquantième ; on ne devra recourir chez lui à la circoncision qu'à la dernière extrémité, car l'on sait combien les opérations sont contre-indiquées

dans le diabète (pour plus de détails sur le traitement local des diabétides, voir les articles *Parakératoses psoriasiformes, Prurit*).

III. — Irritants d'origine végétale

Parmi les irritants d'origine végétale nous signalerons :

a) Les *parasites végétaux de l'homme*, tels que l'achorion Schœnleinii, le trichophyton tonsurans, le microsporon furfur, le microsporon minutissimum, etc., que nous étudions dans la classe II.

b) Les *végétaux qui n'ont que des contacts fort accidentels avec l'homme :* ils sont des plus nombreux ; et nous renvoyons pour leur étude détaillée aux ouvrages de White et de P.-A. Morrow. C'est ici le lieu de rappeler avec Dubreuilh (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1904) que nombre d'éruptions vernales, automnales, récidivantes de la face et des mains, ne sont que des éruptions d'origine florale provoquées par le contact de certaines plantes et de certaines fleurs parmi lesquelles il convient de citer surtout les primevères, la grande pâquerette, les chrysanthèmes (Hoffmann), le thuya occidentalis, les Rhus, etc...

Voici une énumération succincte des principaux de ces végétaux nuisibles.

Le *citrus vulgaris*, qui donne lieu à la maladie des ouvriers qui pèlent les oranges amères : on observe chez eux de l'érythème douloureux, de l'œdème, des vésicules et des pustules.

L'*arnica montana*, qui produit des éruptions très fréquentes à cause de l'usage habituel qu'on en fait : il provoque de l'érythème, des papules, des vésicules, des phlyctènes, des éruptions eczématiformes, érysipélatoïdes, purpuriques, ulcéreuses.

L'*ustilago hypodites*, parasite de l'*arundo donax :* c'est l'agent actif de la maladie des ouvriers qui travaillent la canne de Provence, maladie qui se caractérise par de l'érythème, avec gonflement œdémateux des parties découvertes du scrotum et de la face interne des cuisses, des vésico-pustules, des exulcérations, des croûtes, parfois de la gangrène, des conjonctivites, des coryzas, des stomatites, des angines, des laryngites.

Le *linum usitatissimum*, qui produit l'eczéma des fileurs et des varouleurs de lin, affection bien étudiée par Leloir, et qui consiste en une dermite érythémateuse ou érythémato-vésiculeuse, parfois pustuleuse, avec épaississement du derme et lichénification. Elle est fort prurigineuse, siège aux mains, parfois aux pieds.

Le *cinchona ;* les ouvriers qui travaillent la quinine ont fort souvent de l'érythème, des vésicules, des pustules, des croûtes sur le visage, les bras, les avant-bras et les parties génitales.

Les autres plantes qui peuvent exercer des effets nuisibles sur les téguments sont les suivantes : nous nous contentons de les énumérer : alisma plantago, rhus venenata, rhus toxicodendron (Sumac), lequel cause des éruptions de diverse nature très fréquentes en Amérique (voir, pour leur traitement, les ouvrages de White et de Morrow) ; nerium Oleander, podophyllum peltatum, borrago officinalis, lappa officinalis, leucanthemum vulgare, conifères (abies, juniperus, thuya), sedum acre, sinapis alba, nasturtium armoracia, sisymbrium officinale, bryonia alba, drosera rotundifolia, buxus sempervirens, croton tiglium, euphorbia, iris florentina, andira araroba (poudre de goa), allium sativum, asparagus officinalis, lobelia inflata, gelsemium sempervirens, colchicum autumnale, veratrum, scilla maritima (E. Hoffmann), eugenia pimenta, myrcia acris, vanilla planifolia, chelido

nium majus, phytolacca decandra, piper nigrum, aconitum napellus, anemone nemorosa et patens; clematis, delphinium consolida et staphisagria, helleborus niger, renunculus repens, acris, bulbosus, sceleratus, cephœlis ipecacuanha, ailanthus glandulosa, pilocarpus pennatifolius, ruta graveolens, populus candicans, verbascum thapsus, capsicum fastigium, daphne mezereum, tropœolum majus, thapsia garganica, urtica, les poussières des graines des céréales, l'eucalyptus et surtout l'huile d'eucalyptus que l'on emploie en frictions.

Les *primulacées* peuvent déterminer des éruptions érythémateuses et vésiculeuses qui ont pour grand caractère de siéger surtout aux mains et au visage et qui simulent l'eczéma. La variété qui y donne le plus souvent lieu est la *primula obconica*.

On a décrit : 1° *des éruptions aiguës* qui surviennent après un seul contact ou après un petit nombre d'attouchements au bout de quelques heures ; le malade éprouve une vive cuisson ; puis la peau rougit, s'œdématie, et se couvre de fines vésicules cohérentes, parfois de bulles, lesquelles se rompent et laissent des surfaces à vif et suintantes : il existe un prurit des plus violents : l'éruption augmente pendant quelques jours ; puis elle guérit lentement : elle affecte surtout la face dorsale des doigts et des mains, l'interligne des doigts, la face, où les paupières sont tuméfiées, les oreilles et le cou ; 2° *des éruptions chroniques* qui sont dues à des actions moins intenses, mais à des contacts très renouvelés : elles ont l'aspect d'un eczéma à poussées aiguës, suintant, localisé aux mains, à la face et au cou : la peau est rouge un peu tuméfiée, un peu squameuse, fort prurigineuse : de temps en temps surviennent des poussées aiguës vésiculeuses. — La *primula sinensis* est bien moins toxique que la précédente, cependant Péters, Michael, Gassmann, Retzdorff ont décrit des dermites eczématiformes avec poussées aiguës dues à cette plante. — Enfin Dubreuilh a signalé des éruptions eczématoïdes causées par la *primula cortusoides* (voir le mémoire de Dubreuilh sur ce sujet, 1905).

IV. — Les irritants d'origine minérale, chimique, et les divers produits de l'industrie d'origine organique

Les *huiles irritantes* dont sont imprégnés les métiers des manufactures contribuent à produire les folliculites et périfolliculites des fileurs et rattacheurs des filatures de laine, affection caractérisée par des foliculites irrégulièrement disséminées, sortes de papulo-pustules prurigineuses qui s'excorient, se recouvrent de croûtes, et prennent un aspect eczématiforme : elles siègent aux mains, aux avant-bras, et aux membres inférieurs.

Les *graines rances*, la *lanoline impure* provoquent des éruptions érythémateuses et vésiculeuses.

Le *savon*, quand on s'en sert fréquemment, donne d'abord de la sécheresse de la peau avec fine desquamation, puis des crevasses plus ou moins douloureuses, parfois insupportables, du prurit (prurit de savon de Leredde), de la rougeur, enfin des éruptions eczémateuses d'aspect ; c'est là fort souvent une des principales causes de l'*eczéma dit des chirurgiens*, lequel est en outre complété par le contact de divers antiseptiques et en particulier de l'acide phénique, du salol, de l'iodoforme, du sublimé.

L'*eau* elle-même peut être une cause d'irritation : elle agit par macération quand les contacts sont fort prolongés, par irritation chimique quand elle ren-

ferme des sels : on sait que les eaux calcaires provoquent fréquemment des poussées eczémateuses chez des individus prédisposés qui ne peuvent séjourner dans certains endroits sans avoir immédiatement des éruptions aux mains et parfois à la face. Les bains même simples, à plus forte raison alcalins, sulfureux, etc., provoquent assez fréquemment des poussées éruptives.

Le *sucre*, l'*huile de térébenthine* donnent lieu à des éruptions érythémateuses parsemées d'une infinité de petites pustules miliaires.

Les *résines* agissent de même, ce qui explique pourquoi la plupart des emplâtres médicamenteux peuvent donner lieu à des lésions cutanées qui dépendent de la macération de l'épiderme, de la prolifération des microbes qu'il contient, et de l'action irritante de la matière servant à fabriquer l'emplâtre : les éruptions sont encore plus fréquentes dans ce cas quand les emplâtres renferment en outre comme substance active un corps capable d'irriter par lui-même les téguments, comme l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre à l'huile de cade, l'emplâtre à l'huile de foie de morue, au salol, à l'iodoforme, etc. Ces éruptions provoquées par les emplâtres sont essentiellement caractérisées par leur circonscription répondant à la forme du morceau d'emplâtre appliqué : elles débutent par de la rougeur, parfois par de la tuméfaction des téguments, puis surviennent des vésicules, des vésico-pustules, des pustules, parfois même des exulcérations.

Le *goudron*, l'*huile de cade* provoquent de la rougeur, mais surtout une éruption acnéique d'aspect, papulo-pustuleuse, à laquelle on a donné le nom d'*acné cadique ;* elle est souvent un sérieux obstacle au traitement du psoriasis par ces agents.

La *créosote* provoque de l'érythème et des vésico-pustules.

Le *baume du Pérou* peut déterminer des dermites pustuleuses et des accidents d'intoxication générale.

L'*acide phénique* cause parfois de véritables désastres : on n'est cependant pas autorisé à le supprimer de la thérapeutique, car il rend d'immenses services, et on peut en atténuer les effets nuisibles en l'incorporant à de l'huile, et en ajoutant de la glycérine à ses solutions aqueuses et alcooliques : il provoque souvent l'apparition d'un érythème avec plus ou moins de tuméfaction des téguments, parfois des vésicules, de telle sorte que l'éruption prend un aspect eczématiforme. L'acide phénique peut aussi produire un accident beaucoup plus grave et dont la cause est souvent méconnue, nous voulons parler des *gangrènes phéniquées* qui se développent surtout aux doigts ou aux orteils à la suite de pansements phéniqués permanents. Nous avons vu ainsi l'acide phénique dont l'action nocive n'avait pas été reconnue provoquer de proche en proche d'atroces mutilations.

Fig. 35. — Éruption artificielle provoquée par du salol que l'on avait appliqué sur une petite plaie de la main.

Le *salol* produit des éruptions érythémateuses et vésiculeuses d'une intensité toute spéciale, simulant souvent l'érysipèle quand on a employé des poudres ou des pommades salolées pour des affections des fosses nasales ou du conduit auditif : cette substance provoque des « eczémas » rebelles des lèvres, c'est-à-dire de la rougeur avec douleur, prurit, desquamation et suintement des lèvres, des commissures, et des régions voisines des joues chez les personnes qui font

usage des dentifrices salolés : le salol est une substance que l'on devrait rayer de la pharmacopée.

Le *dermatol* d'après A. Renault (*Soc. de dermat.*, 7 février 1906) pourrait provoquer une éruption érythémateuse, œdémateuse, purpurique.

L'*orthoforme* donne lieu par contact direct à des éruptions érythémateuses, œdémateuses, vésiculeuses, que nous avons été les premiers à faire connaître en avril 1899 : elles sont d'un rouge vif un peu bistre assez spécial comme aspect,

Fig. 36. — Type d'éruption artificielle du dos caractérisée par de petites papulo-vésicules miliaires, chez un laveur de fûts (acides dilués.)

de telle sorte que, lorsqu'on en a vu un cas, on peut reconnaître d'emblée l'éruption d'orthoforme : il se produit parfois en outre chez le sujet intoxiqué en des zones du corps qui n'ont pas été directement touchées par ce médicament, des éruptions par toxémie générale, érythémateuses, d'un rouge bistre, nodulaires.

La *paraffine* peut provoquer de l'érythème. Le *pétrole* donne souvent lieu à des dermites érythémateuses, vésiculeuses, un peu pustuleuses, à des papillomes.

L'*acide pyrogallique* produit de la dermite érythémateuse par contact direct et des intoxications générales que l'on décèle par l'examen des urines, lesquelles prennent une teinte noirâtre.

L'*acide salicylique* provoque des desquamations de l'épiderme. L'*acide chrysophanique* donne lieu à des érythèmes d'un rouge violacé assez spécial, par-

fois même à des érythrodermies intenses et prolongées simulant la dermatite exfoliative généralisée, etc.

Les *acides formique, picrique, sulfureux, sulfurique, nitrique, muriatique, chromique, phosphorique* produisent des dermites traumatiques d'aspect banal.

Il en est de même du *chloral*, du *chloroforme*, de l'*ammoniaque*, de la *potasse*, de la *soude*, de la *chaux*, du *plâtre*, du sel commun. (Éruptions érythémateuses, vésiculeuses, pustuleuses, eczématiformes, des maçons, plâtriers, cimentiers, etc.)

Le *soufre* provoque fréquemment chez les personnes âgées de plus de trente ans des éruptions érythémateuses, papuleuses, papulo-vésiculeuses, prurigineuses.

L'*iode*, sous la forme de teinture d'iode produit des desquamations de la peau et parfois de véritables brûlures, quand elle est décomposée et qu'il s'y est développé de l'acide iodhydrique.

L'*iodoforme* peut donner lieu à des éruptions qui s'étendent rapidement, qui parfois même se généralisent en prenant l'aspect de l'érythème desquamatif scarlatiniforme; ces accidents se produisent surtout lorsque l'on emploie simultanément des préparations de sublimé en lotions, ou quand on applique des emplâtres mercuriels sur de la poudre d'iodoforme : comme l'a fort bien dit Audry, ce sont des iodo-hydrargyrides.

Fig. 37. — Érythème hydrargyrique consécutif à une friction d'onguent napolitain.

L'*arsenic* produit de l'érythème, des vésicules, des pustules, des ulcérations arrondies caractéristiques du type dit *pigeonneau* (voir plus loin), avec fond grisâtre ou rougeâtre, et indurations périphériques. Tunnicliffe et Rosenheim ont décrit des dermatites à la suite du port de bas renfermant de l'arsenic (*Lancet*, 1904).

Le *nitrate d'argent* produit des pigmentations brunâtres.

Le *bichromate de potasse* produit des papules, des pustules, des ulcérations des téguments, des ulcérations de la muqueuse buccale, des perforations de la cloison.

L'*aldéhyde formique* (le *formol*) provoque souvent des éruptions érythémateuses et vésiculeuses, et même, d'après Galewsky, des lésions eczémateuses rebelles, des altérations profondes des ongles et des onyxis.

Le *cobalt* produit de l'hyperkératose palmaire chez les sujets qui en lavent les minerais; le *nickel* en produit sur la face dorsale des mains des ouvriers qui en lavent les minerais (Margain, *Journal des mal. cut. et syph.*, février 1904, p. 94).

Le *mercure* donne souvent lieu à des éruptions érythémateuses, œdémateuses, finement vésiculeuses, pustuleuses, purpuriques, localisées aux points directement touchés, mais fréquemment diffuses et plus ou moins généralisées par absorption de la substance nuisible; elles prennent alors l'aspect d'érythèmes scarlatiniformes desquamatifs localisés parfois à la paume des mains et à la plante des pieds; plus souvent ils envahissent aussi les plis articulaires, les aines, les aisselles, les creux poplités, les plis du coude, ou même ils se généralisent à toute la surface du corps (voir plus loin les éruptions artificielles de cause interne).

Fig. 38. — Eruption artificielle de la face consécutive à une application d'emplâtre de Vigo.

Parmi les autres substances chimiques pouvant provoquer des lésions cutanées citons : le *brome*, le *chlore* (voir au chapitre acné la description de l'acné chlorique), le *tartrate d'antimoine* et de *potasse*, le *chlorure de platine*, le *chlorure de zinc*, etc.

Les *diverses teintures*, les vêtements colorés par les préparations d'aniline ou par d'autres substances tinctoriales, telles que les composés arsénicaux, mercuriaux, antimoniaux, chromiques, etc., provoquent souvent des accidents cutanés. On sait combien sont fréquentes les éruptions érythémateuses, vésiculeuses, quasi bulleuses même à la suite du port de bas de couleurs, de flanelles rouges, etc.

Éruptions causées par le chlorhydrate de paraphénylène diamine. — Nous devons dire un mot des éruptions produites par *une teinture de cheveux* des plus usitées depuis une quinzaine d'années, vendue sous des noms divers, mais surtout sous celui de teinture végétale, dénoncée par Cathelineau en 1895 comme nuisible et comme renfermant en réalité du chlorhydrate de paraphénylène diamine, et contre l'emploi de laquelle nous avons vigoureusement protesté le 13 mars 1898 (*Bulletin médical*, p. 237). Nous avons distingué trois degrés dans l'intensité de ces accidents.

a) *Forme légère.* — Il s'agit presque toujours de femmes de trente à soixante ans qui ont quelques démangeaisons au cuir chevelu, mais surtout une sorte d'eczéma récidivant des oreilles ou des paupières, du prurit de la face, parfois des éruptions eczématiformes des mains et des poignets. Il existe une rougenr plus ou moins vive des régions atteintes, s'effaçant par la pression du doigt, érythémateuse simple, parfois urticarienne; dans quelques cas il y a un peu de suintement séreux analogue à celui de l'eczéma, fréquemment un peu de desquamation. Ces éruptions procèdent par poussées successives qui ne paraissent avoir aucune raison apparente de se produire, mais qui sont probablement dues à ce que la malade touche constamment ses cheveux avec ses doigts, puis se frotte machinalement les paupières et la figure : en outre les oreilles et le sillon rétro-auriculaire sont lésés par le contact direct des cheveux. Il suffit d'un peu de transpiration pour dissoudre la teinture dont les cheveux sont chargés et pour provoquer les accidents. Nous avons observé des phénomènes analogues aux lèvres et autour des narines chez des hommes qui se teignaient la moustache.

Dans ces formes légères les éruptions sont fugaces, mais essentiellement récidivantes, et il est assez souvent difficile d'en reconnaître la véritable nature.

b) *Forme moyenne.* — Il n'en est plus de même dans la forme moyenne : le médecin peut parfois croire à un érysipèle au début, mais il est vite fixé. Presque immédiatement après l'application de la teinture, parfois même pendant cette application, le sujet ressent des picotements et des cuissons au visage, surtout aux paupières, puis, dans les six, douze ou vingt-quatre heures, surviennent au niveau des téguments directement touchés, au niveau de ceux qui sont dans leur voisinage immédiat, cou, oreilles, front, paupières, joues, etc., des sensations intolérables de brûlure et de cuisson. La peau rougit, se tuméfie à vue d'œil ; en vingt-quatre ou quarante-huit heures, il se forme des phlyctènes nombreuses, irrégulières, pleines d'une sérosité transparente ou roussâtre, qui donnent aux surfaces atteintes l'aspect de surfaces brûlées, qui crèvent en laissant s'écouler un liquide plus ou moins abondant suivant l'intensité de l'éruption, et que l'on est parfois obligé de recueillir sur des serviettes. Vers le deuxième ou le troisième jour de l'éruption, les téguments sont d'un rouge vif, tuméfiés, suintants, couverts de débris d'épiderme, de phlyctènes, de croûtelles d'un jaune noirâtre, et l'aspect de la barbe ou de la chevelure fortement colorées, un peu délavées par place, impose tout de suite le diagnostic étiologique. Quand le sujet n'est pas très eczémateux, toute cette inflammation se dissipe avec une rapidité relative, sauf parfois de petites reprises, si par hasard un lavage intempestif remet de la teinture en contact avec les téguments. Ce sont là des feux de paille, ainsi que le disait Feulard. Peu à peu la tuméfaction diminue, le suintement cesse, la rougeur pâlit, les démangeaisons se calment; tout rentre dans l'ordre en un laps de temps qui varie de une à trois semaines.

c) *Forme intense ou grave.* — Ces cas sont de beaucoup les plus rares. Ils sont constitués par de très violentes éruptions d'aspect érysipélatoïde qui ont de la tendance à se généraliser en envahissant des régions du corps assez éloignées des points qui ont été directement en contact avec la teinture. Cette généralisation se fait-elle par les mains imprégnées de la substance nocive après avoir touché les cheveux, ou par la sérosité qui s'écoule des points directement atteints, ou par les linges imbibés de cette sérosité, laquelle est chargée de chlorhydrate de paraphénylène ? Se fait-elle au contraire par intoxication générale de l'organisme ? Par voie réflexe ? Doit-elle être considérée comme une poussée d'eczéma que provoque chez un sujet prédisposé l'irritation locale causée par l'action directe de la teinture? Toutes ces solutions sont possibles; on peut les proposer et les discuter à propos de la plupart des éruptions artificielles de cause externe du même type.

L'aspect objectif de ces éruptions diffuses n'est pas toujours le même. Parfois ce sont des plaques érythémateuses qui présentent une certaine tendance à la vésiculation, puis à la desquamation ; parfois ce sont des éléments papulo-vésiculeux disséminés ou groupés rappelant ce que l'on a décrit sous le nom d'eczéma papulo-vésiculeux ; parfois ce sont des lésions urticariennes incessamment récidivantes, etc.

Ces éruptions se compliquent assez souvent d'adénopathies, de folliculites, de furoncles, et même d'anthrax.

Le prurit est d'une extraordinaire intensité avec exacerbation vers les cinq heures du soir et entre neuf heures et minuit.

Le pigeonneau. — *Ulcérations professionnelles des mains chez les ouvriers teinturiers en peaux.* — Il nous paraît utile de donner une courte description d'un accident relativement assez fréquent chez les sujets qui manient des substances chimiques très irritantes, acides divers, mordants, chaux, composés arsénicaux, etc., et qui s'observe surtout chez les mégissiers, les tanneurs, les teinturières en peaux, etc... Il a été signalé par Armieux sous le nom de *rossignol*, par Beaugrand sous celui de *pigeon* ou *pigeonneau*, par Bazin, Layet, Poincaré, etc. : il a été précisé par nous-même et par notre élève Laubry (*Annales de Dermat.* 1901).

Fig. 39. — Pigeonneau chez une ouvrière teinturière en peaux.

On y voit sur l'annulaire un pigeonneau typique et çà et là sur le petit doigt et le médius des lésions minuscules qui sont des pigeonneaux au début. Altérations unguéales professionnelles.

Symptômes. — Le *pigeonneau* est constitué par une ulcération plus ou moins considérable, ayant d'ordinaire de 3 millimètres à un centimètre de grand diamètre, de 2 à 6 millimètres de petit diamètre. Elle est donc presque toujours ovalaire, à grand axe dirigé parallèlement au grand axe des doigts, parfois, cependant, perpendiculaire à cet axe dans le sens des plis de flexion quand elle siège au niveau des articulations. Mais elle peut aussi être régulièrement arrondie.

Les bords de l'ulcération sont d'ordinaire constitués par une sorte de bourrelet rouge ou rosé, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, au niveau duquel les téguments sont épaissis, indurés, et assez souvent, autour de ce bourrelet périphérique, les téguments sont rouges, infiltrés, comme tuméfiés.

L'ulcération est taillée à pic, comme à l'emporte-pièce, profonde de 2 à 4 millimètres ; les bords en sont donc abrupts, mais nullement décollés : ce sont de vraies falaises, mais elles ne sont pas creusées de cavernes. Le fond est assez irrégulier, sanieux ou granuleux, selon la période de l'évolution. Assez souvent l'ulcération est recouverte d'une croûte noirâtre, dure, adhérente, profondément enchâssée entre les bords qui forment bourrelet, de telle sorte que la lésion dans son ensemble a un vague aspect d'œil d'oiseau.

Fig. 40. — Lésions cutanées produites par le contact direct des composés arsénicaux.

On voit sur la face dorsale de la main deux ulcérations arrondies, à pic, analogues à celles des pigeonneaux.

Les phénomènes douloureux éprouvés par les malades sont pour ainsi dire constants, et parfois d'une telle intensité que tout travail est impossible. Ils sont surtout violents lorsque le pigeonneau siège au bout des doigts, comme chez les ouvriers qui se livrent au travail des rivières. Ils sont moindres chez les teinturières en peaux ; aussi celles-ci continuent-elles à travailler longtemps encore

après le début des lésions qui arrivent chez elles à avoir de grandes dimensions.

Le mode de début est tout ce qu'il y a de plus banal : dès que, sous une influence quelconque (écorchure, traumatisme accidentel, gerçure survenue sous l'influence du froid ou du contact prolongé de l'eau, etc...) l'épiderme a été enlevé ou s'est fissuré, les substances caustiques que manient les ouvriers exercent leur action destructive sur les tissus qui ne sont plus protégés par l'épiderme corné, et elles agissent comme le font les caustiques ordinaires. Les téguments dénudés sont donc soumis à des cautérisations destructives lentes, continuelles, ce qui explique l'aspect si spécial de la plaie. Les ulcérations arsénicales ne sont que des pigeonneaux.

Cette lésion ne peut guérir que lorsqu'elle est soustraite au contact des substances irritantes : sinon elle continue à s'étendre en surface et en profondeur jusqu'aux aponévroses et même jusqu'au périoste. Il en résulte parfois des cicatrices vicieuses et des déformations des ongles et des doigts.

Chez les ouvriers des rivières le pigeonneau siège vers le bout des doigts et est fort petit : chez les teinturières en peaux, le lieu d'élection de ces lésions semble être la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche ; mais elles peuvent aussi s'observer au niveau de la face dorsale des autres doigts et vers les articulations des phalanges où les crevasses et les éraflures sont si fréquentes [1].

Traitement. — Quand le pigeonneau est constitué à l'état d'ulcération profonde, le malade doit cesser de travailler. S'il y a des croûtes sur l'ulcération, on les fait tomber avec un pansement humide : on le continue tant qu'il y a des parties sphacélées non encore détachées, puis on panse les ulcérations simples avec une poudre cicatrisante quelconque qui doit varier suivant les susceptibilités individuelles et le degré d'irritabilité des téguments, sous-carbonate de fer ou iodol si les téguments sont très irrités, sinon iodoforme, europhène, ectogan, etc...

V. — Irritants physiques et atmosphériques

Parmi eux, il faut signaler la chaleur, le froid, le soleil, le vent, l'électricité, etc...

Cette classe comprend les importantes lésions suivantes :

A. *Les brûlures*, auxquelles nous rattachons le *coup de soleil* et le *coup de soleil électrique* ;

B. *Les gelures* ;

C. *Les engelures*, et sa conséquence directe ;

D. *L'Angiokératome* ;

E. *Les gerçures* ;

Le hâle dont nous disons quelques mots au chapitre des *Hyperchromies* (voir ce mot);

Le *Xéroderma pigmentosum* que nous étudions dans les *Dystrophies* mixtes de la peau ;

L'*érythème pellagreux*, que nous étudions dans les *éruptions artificielles de cause interne* ;

[1] Voir pour plus de détails sur l'étiologie et la pathogénie de ces lésions, notre mémoire déjà cité.

F. *L'hydroa vacciniforme ;*
G. *Les dermatites récidivantes d'été et d'hiver ;*
H. *Les lésions cutanées produites par la radiothérapie.*

A. Brûlures. — Nous serons très bref à propos des brûlures que l'on considère généralement comme rentrant dans le domaine de la pathologie externe.

On désigne sous le nom de *brûlures* l'ensemble des lésions que produit sur les téguments l'action de la chaleur quelle qu'en soit l'origine, qu'elle émane soit de corps en incandescence, soit de corps solides chauffés, soit de liquides chauffés, soit de gaz surchauffés et non incandescents, soit du soleil, soit de l'électricité[1].

Symptômes. — Au point de vue lésions cutanées on a distingué quatre degrés dans les brûlures :

1° *A un premier degré* la brûlure se caractérise par de l'érythème plus ou moins intense, s'effaçant en partie ou en totalité par la pression du doigt : il s'accompagne d'ordinaire d'élévation de la température locale et d'un certain degré de tuméfaction des régions atteintes : la douleur est souvent très vive sous forme de cuisson. Tout se dissipe en quelques jours avec une desquamation plus ou moins accentuée ; parfois il reste une légère pigmentation qui finit par disparaître.

Le *coup de soleil banal* rentre dans cette catégorie : il est suivi d'une pigmentation assez notable.

2° *A un deuxième degré,* en un laps de temps qui varie de quelques secondes à plusieurs heures, l'épiderme est soulevé par de la sérosité citrine, transparente, de façon à former des vésicules çà et là disséminées, des bulles, ou d'énormes phlyctènes recouvrant la région atteinte. Le liquide est d'ordinaire bien fluide et s'écoule dès qu'on pique la phlyctène, parfois cependant il est gélatineux. La douleur est des plus vives. Dans la majorité des cas, en quelques jours, de six à quinze jours, tout rentre dans l'ordre ; les phlyctènes se flétrissent, le liquide se résorbe, l'épiderme desquame, et on trouve au-dessous une surface rouge ou rosée, parfois un peu suintante, qui finit par prendre l'aspect de la peau normale, à moins qu'il n'y ait eu infection de la phlyctène, suppuration, destruction de quelques papilles dermiques, d'où production de cicatricules blanches superficielles.

Au point de vue *anatomo-pathologique,* il y a parfois coagulation et nécrose par la chaleur de l'épiderme entier qui se détache dès lors du corps papillaire par exosérose ; parfois l'action calorique a été moins intense, l'épiderme moins désorganisé, et la phlyctène se forme par un mécanisme dans lequel interviennent l'altération ballonisante et l'altération cavitaire des cellules de la couche épineuse. La migration des leucocytes est modérée à moins d'infections secondaires (Unna).

3° *Au troisième et au quatrième degré* le derme est désorganisé par l'agent calorique : le troisième degré répond à la destruction des couches papillaires et superficielles du chorion, le quatrième degré à la destruction totale des téguments. Il en résulte des escarres lesquelles peuvent être masquées pendant les premiers jours par des phlyctènes dont le contenu dans ces cas est presque toujours louche et sanguinolent. Parfois il ne se produit pas de phlyctènes et la peau paraît d'emblée jaunâtre, brunâtre ou noirâtre, comme raccourcie ou parcheminée, desséchée : son insensibilité à la pression, au tact, à la piqûre est complète. La douleur est vive au moment de la production de la lésion, puis elle est presque nulle.

[1] Nous étudions plus loin, dans un chapitre spécial, les effets nuisibles de l'électricité sur la peau.

Tout autour de l'escarre, il existe une zone érythémateuse d'inflammation qui s'accentue de plus en plus. Au bout d'un laps de temps qui varie de six à douze jours, il se forme entre cette zone rouge périphérique et l'escarre un sillon d'élimination au niveau duquel la suppuration s'établit. Peu à peu l'escarre se soulève, se détache, et finit par tomber en laissant une plaie bourgeonnante dont l'étendue et la profondeur dépendent de la violence de la brûlure.

D'ordinaire la cicatrisation se fait assez facilement quand il s'agit de lésions du troisième degré : elle peut être beaucoup plus lente et laborieuse au quatrième degré. En outre, dans ce cas les cicatrices sont souvent vicieuses, irrégulières et déprimées, et surtout chéloïdiennes.

Nous n'avons rien de bien particulier à dire au sujet des brûlures des muqueuses.

Les brûlures étendues s'accompagnent parfois d'accidents généraux graves, de fièvre, de collapsus, de délire, de diarrhée, de vomissements, d'hématémèse, de melœna. On peut en effet observer comme complications l'ulcère du duodénum, des abcès du foie, de l'albuminurie, de l'hématurie, de l'hémoglobinurie, des bronchites généralisées, des pneumonies, des pleurésies : ce sont les *complications à distance*. Comme *complications locales* on a signalé les lymphangites, l'érysipèle, l'infection purulente, le tétanos.

Fig. 41. — Érythème solaire. Face dorsale de la main.

Coup de soleil. — Dans la majorité des cas le coup de soleil détermine sur la peau des symptômes analogues à ceux d'une brûlure au premier degré, rougeur, tuméfaction, cuisson, prurit, puis, les jours suivants, desquamation, et parfois pigmentation consécutive. Il peut y avoir production de véritables phlyctènes (surtout après une marche en plein soleil sur les glaciers, car la réverbération du soleil sur la neige est fort nuisible) au niveau d'objets en métal placés directement en contact avec les téguments (bracelets). Nous n'avons pas à décrire ici l'insolation. Ultérieurement et peu à peu sous l'action répétée de la lumière il se développe de la pigmentation qui protège les téguments contre l'action nocive du soleil. S. B. Ward, (*New-York méd. journal*, 15 avril 1903, p. 742) a vu les rayons solaires provoquer des poussées d'érythème ortié et d'œdème aigu circonscrit chez une femme nerveuse et dyspeptique. Mais ces accidents se rattachent à cette loi générale, qui veut que chez un sujet donné toute cause occasionnelle d'irrita-

tion locale puisse être le point de départ d'une poussée de la dermatose à laquelle il peut être prédisposé. Dans cet ordre d'idées, le contact du soleil peut provoquer de l'eczéma, de l'eczéma érysipélatoïde récidivant, etc., etc...

Fig. 42. — Éruption papuleuse de la face dorsale de la main consécutive à l'action directe des rayons solaires.

Coup de soleil électrique. — Il s'observe assez fréquemment chez les ouvriers qui soudent avec l'arc voltaïque, chez ceux qui travaillent la nuit à côté de lampes à arc. Il consiste en un érythème intense, parfois même en phlyctènes : tout se dissipe en quelques jours après desquamation. On pourrait rattacher au coup de soleil électrique les lésions provoquées sur les tissus cutanés par la *photothérapie* (voir ce mot.)

(Nous renvoyons pour l'anatomie pathologique des brûlures aux ouvrages de pathologie externe et pour l'histologie de l'érythème solaire et de l'érythème photoélectrique aux travaux de Leredde et Pautrier.)

Traitement. — Nous tenons à dire quelques mots du *traitement des brûlures* pour protester de la manière la plus formelle contre les pansements dits antiseptiques qu'on a voulu leur appliquer.

Pour les brûlures fort étendues le bain continu tiède peut donner d'excellents résultats avec la diète lactée et les grands lavages de l'intestin.

Mais il faut poser comme règle générale dans l'immense majorité des cas qu'on doit :

1° *Nettoyer doucement, soigneusement* le brûlé avec de la très belle vaseline pure, ou du très bon cérat sans eau, frais, de manière à enlever autant que possible, MAIS SANS DILACÉRER L'ÉPIDERME, toutes les saletés qu'il peut avoir sur les téguments;

2° Puis, *sans fatiguer ces téguments*, les enduire d'une épaisse couche de liniment oléo-calcaire frais aseptique, ou de cérat sans eau frais, ou de vaseline blonde aseptique de première qualité, les recouvrir ensuite d'une épaisse couche d'ouate dont la première assise est largement imprégnée de la substance choisie pour le pansement. Ce n'est qu'aux pansements ultérieurs que l'on crève, si c'est utile, les phlyctènes avec une aiguille flambée.

Les pansements doivent être rares : tous les deux jours, si possible, à moins de suppuration ou de douleur.

Nous préférons cette pratique *ancienne* et simple à tous les procédés nouveaux.

Parmi eux nous devons signaler celui qui consiste à désinfecter soigneusement et chirurgicalement, même en employant le chloroforme, toutes les parties atteintes (nous répétons que nous n'en sommes pas partisan), puis à panser avec des solutions d'acide picrique, ou avec le thiol liquide coupé de moitié eau, ou avec le tuménol ou l'ichthyol.

Il est entendu que l'on doit soigner les complications quand elles existent, panser les plaies consécutives aux éliminations des escarres avec les diverses poudres cicatrisantes connues, réfréner les bourgeons charnus exubérants avec le nitrate d'argent, gouverner les cicatrices consécutives avec les emplâtres à l'ichthyol, au minium et au cinabre (emplâtre d'E. Vidal), à l'acide chrysophanique même si c'est utile (voir article *Chéloïde*).

B. Gelures. — Nous serons encore plus brefs à propos des *gelures*[1] ou *congélations* ou *froidures*.

A un premier degré on observe des douleurs assez vives, des piqûres, des fourmillements, des cuissons, une sensation pénible d'engourdissement : les tissus deviennent d'un blanc mat, puis, dès que la circulation s'est rétablie, d'un rouge plus ou moins vif ou brunâtre.

A un deuxième degré, il se forme des phlyctènes contenant de la sérosité citrine ou sanguinolente qui évoluent comme celles des brûlures.

A un troisième et à un quatrième degré le derme est mortifié dans sa partie supérieure ou dans sa totalité. Il se produit, commme dans les brûlures, des gangrènes des téguments, et nous n'aurions qu'à répéter ici ce que nous avons dit plus haut.

Les gelures siègent surtout aux mains et aux pieds : elles peuvent y causer d'affreuses mutilations par gangrène totale des doigts, des orteils et des extrémités. Mais elles peuvent aussi s'observer au nez, aux oreilles et même aux joues : les parties atteintes pâlissent rapidement, prennent la couleur de la vieille cire blanche, et deviennent insensibles et inertes sans que le malade s'en aperçoive : s'il n'y a pas à côté de lui des personnes qui reconnaissent son état et qui le frictionnent fortement, de préférence avec de la neige si c'est possible, il risque fort de perdre ces organes par congélation totale.

Il faut bien se garder d'approcher un congelé d'un foyer de chaleur, car la violence de la réaction serait fatale. Il faut rappeler peu à peu la vie et la circulation dans les tissus, faire des frictions avec de la neige ou avec de l'eau froide, mettre le malade dans une chambre à température assez basse et l'y masser : ce ne sera que peu à peu qu'on l'enveloppera de couvertures de laine ou que l'on fera des pansements chauds.

Le traitement local des lésions cutanées provoquées par le froid est le même que celui des brûlures.

C. Engelures. — La plupart des dermatologistes rangent les *engelures* dans le grand groupe des érythèmes sous le nom d'*Erythème pernio*. Les chirurgiens en font le premier degré de la gelure ou froidure. A notre avis, l'engelure ne peut être considérée comme une simple gelure, et d'autre part nous pensons que sa fréquence, son importance pratique et sa physionomie spéciale si tranchée, exigent qu'on en fasse une étude à part.

Symptômes. — Il n'est pas besoin d'insister sur la symptomatologie si connue de l'engelure. Cette affection est caractérisée par l'apparition rapide en certains points du corps (qui sont par ordre de fréquence les doigts et les mains, les orteils et les pieds, surtout les talons, les oreilles, le nez, les joues), de plaques rouges violacées, luisantes, plus ou moins étendues, arrondies ou ovalaires, parfois irrégulières par confluence, et qui sont le siège d'une tuméfaction souvent très accentuée et de cuissons, de brûlures ou de démangeaisons insupportables, surtout vers le soir et lorsque les malades passent d'un endroit froid dans un endroit chaud.

Chez certains sujets les engelures ne restent pas toujours à cette première période ou période érythémateuse : il se forme au centre de la plaque congestive une phlyctène, puis une ulcération qui peut guérir rapidement ou persister, et se

[1] Voir pour plus de détails les traités de Pathologie externe, et les articles spéciaux des grands recueils, en particulier l'article Congélation de Servier, du *Dictionnaire encyclopédique*.

recouvrir de croûtes au-dessous desquelles on trouve des bourgeons pâles et saignants. Les engelures deviennent alors une véritable infirmité : elles gênent et même elles empêchent les mouvements. Enfin, après un laps de temps plus ou moins long, presque toujours lorsque la température s'élève, les ulcères se cicatrisent, et le gonflement périphérique disparaît : les engelures non ulcérées s'affaissent également en laissant ou non après elles une légère desquamation, et tout rentre dans l'ordre jusqu'à l'hiver suivant. Elles récidivent en effet chaque année : elles finissent dans la grande majorité des cas par ne plus se produire à mesure que le sujet avance en âge.

Fig. 43. — Erythème pernio. Engelures ulcérées de la main gauche.

Dubreuilh et Sabrazès ont insisté sur des formes anormales d'engelures que les praticiens doivent connaître : l'engelure est constituée parfois par des papules miliaires à peine saillantes, ou plus volumineuses, rougeâtres ou violacées, assez dures; parfois aussi la bulle devient le symptôme prédominant, presque unique de l'affection.

Très fréquemment les engelures s'accompagnent d'acro-asphyxie. Dans quelques cas elles coïncident avec les divers degrés de la maladie de M. Raynaud, mais surtout avec ses formes atténuées. Elles se compliquent dans quelques cas de lésions d'érythème polymorphe, en particulier d'hydroa vésiculeux ou herpès iris. Elles laissent parfois après elles de l'angio-kératome (voir ce mot). Enfin elles peuvent coexister chez le même sujet avec le lupus érythémateux, ou précéder le développement de cette affection. On sait qu'il en existe une variété à laquelle on a donné le nom de lupus pernio. Il est souvent fort difficile, en présence d'un cas donné, de déclarer si les lésions cutanées sont de simples engelures ou des variétés superficielles de lupus érythémateux.

Méneau a décrit chez les vieillards des altérations profondes des ongles et des déformations de la phalangine consécutives aux engelures : Audry a publié deux cas d'engelures mutilantes des vieillards (*Journal des mal. cut. et syph.*, p. 657, 1902).

Étiologie. — Quoique les engelures puissent s'observer chez les grandes personnes, elles sont avant tout l'apanage des jeunes sujets, jusqu'à l'âge de quinze ans environ. Elles prédominent chez les enfants lymphatiques et débilités : elles peuvent être fréquentes et sérieuses chez certains fils de rhumatisants, eux-mêmes arthritiques avérés, à teint brun et à cheveux noirs; mais dans la grande majorité des cas, elles sont moins rebelles et disparaissent beaucoup plus tôt chez ces derniers. Elles surviennent d'ordinaire à la suite d'applications froides répétées et du passage brusque du froid au chaud et inversement. On a voulu rattacher les engelures au groupe énorme des tuberculides. Jusqu'à plus ample informé nous protestons contre cette vue de l'esprit.

Diagnostic. — Les engelures sont vraiment trop connues pour que nous insistions sur leur diagnostic. Nous engageons néanmoins les médecins à se mettre en garde contre le lupus érythémateux qui simule fréquemment les engelures au nez, aux joues et surtout aux oreilles : il peut même débuter à la suite d'engelures vraies de ces régions : le grand caractère différentiel entre ces deux affections est donné par les cicatrices que laisse après lui le lupus érythémateux (voir ce mot). Certains érythèmes papuleux peuvent aussi les simuler.

Traitement. — Les remèdes préconisés contre les engelures sont aussi nombreux que peu efficaces. Il est néanmoins utile de les connaître, car le médecin est souvent consulté pour cette affection.

Traitement interne. — Puisque l'on a incriminé le tempérament lymphatique, il faut, quand ce tempérament existe, essayer de le modifier par des agents appropriés, huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, sirop de raifort iodé, sirop antiscorbutique, sirop d'iodure de fer, hypophosphites, etc.

Guidé par des idées théoriques, nous avons traité plusieurs malades fort sujets aux engelures par des pilules renfermant : sulfate de quinine et ergotine *dà* 5 centigrammes, poudre de feuilles de digitale 5 milligrammes et extrait de belladone 1 milligramme, pour une pilule. Nous en donnons de deux à quatre par jour avant les repas. On commence à les prendre d'une manière préventive au mois d'octobre, et on continue pendant tout l'hiver avec quelques intervalles de repos. Il nous a paru que lorsque les individus prédisposés aux engelures se traitent ainsi, ils en ont moins que lorsqu'ils ne font aucune médication. Il est curieux de rapprocher ce traitement des engelures par la quinine à l'intérieur du traitement du lupus érythémateux par la même substance. Serait-ce un argument pour relier encore plus étroitement l'une à l'autre ces deux affections ou tout au moins certaines de leurs formes ?

Il est nécessaire d'activer la circulation chez les enfants, de leur faire faire de l'exercice, de leur faire porter des vêtements chauds peu irritants pour les téguments, et de protéger leurs pieds contre le froid humide.

Traitement local. — Lewis Jones croit que le bain électrique local (obtenu en faisant passer un courant continu dans un bain local) de dix à quinze minutes de durée est le meilleur traitement préventif des engelures.

Beaucoup de personnes se préservent des engelures en ne se servant pendant toute la saison froide pour se laver les mains et les pieds que d'eau aussi chaude qu'elles peuvent la supporter. *On conseillera donc de tremper matin et soir les régions sujettes aux engelures dans de l'eau de feuilles de noyer aussi chaude que possible, puis de les lotionner avec de l'alcool camphré.*

Voici quelles sont les décoctions et infusions qui ont été le plus recommandées pour les lavages des mains : l'infusion chaude de céleri, la décoction de feuilles de noyer, l'eau de savon, l'eau sinapisée, l'eau additionnée d'un peu d'acide chlorhydrique, etc...

Les topiques prescrits sont innombrables : on peut les diviser en : 1° lotions ; 2° pommades ; 3° collodions.

1° *Lotions.* — Quand les engelures ne sont point ulcérées, après avoir lavé les mains, ou sans les avoir lavées, on frictionne légèrement les parties malades avec une des préparations suivantes :

Alcool camphré : puis on poudre avec : amidon 90 grammes, salicylate de bismuth 10 grammes ;

Mélange de Liebreich :

Alun	ãã 5 grammes.
Borax	
Eau de roses	300 —

Mélange de Monin :

Glycérine pure	30 grammes.
Teinture d'iode	ãã 1 gramme.
Teinture d'opium	

Badigeonner trois fois par jour.

Solution de nitrate d'argent au 1/150;

Mélange au quart d'eau de cannelle et d'eau distillée.

Pour les engelures ulcérées, on emploie soit l'alcool camphré, soit le vin aromatique, soit la liqueur de van Swieten, soit une solution faible de chlorure de sodium ou de chlorure de chaux.

2° *Pommades.* — Oindre une, deux ou trois fois par jour les parties malades avec une des préparations suivantes :

Borax	5 grammes.
Onguent simple	25 —

M. s. a.

(La formule de l'onguent simple est : cire blanche, 1 partie; — axonge benzoïnée, 1 partie 1/2; — huile d'amande douce, 1 partie 1/2).

Huile camphrée	2 grammes.
Lanoline	20 —

M. s. a.

Acide phénique	0,50 centigrammes.
Onguent plombique	ãã 20 grammes.
Lanoline	
Huile d'amande douce	10 —
Essence de lavande	XX gouttes.

M. s. a.

(La formule de l'unguentum plumbi est : axonge, 92; — sous-acétate de plomb, 8.)

Ou bien avec des pâtes de zinc (voir *Eczéma*), ou bien avec des pâtes de zinc additionnées d'hamamélis et d'ichthyol; par exemple :

Extrait d'Hamamélis	1 gramme.
Ichthyol	5 grammes.
Sapolan	10 —
Oxyde de zinc	10 —
Lanoline pure	15 —
Vaseline pure	20 —

On a recommandé pour les *engelures ulcérées* l'onguent styrax, l'onguent canet, le liniment oléo-calcaire (excellent, surtout si on y ajoute 1/200 d'acide phénique), enfin les deux pommades suivantes :

Axonge	15 grammes.
Lycopode	ãã 0,50 centigrammes.
Tannin	

M. s. a.

Camphre pulvérisé	0,20 centigrammes.
Acide borique	1 gramme.
Chlorhydrate de morphine	0,10 centigrammes.
Oxyde de zinc	3 grammes.
Vaseline pure	10 —
Lanoline pure	5 —

M. s. a.

3° *Collodions et emplâtres.* — Contre les *engelures non ulcérées* on a employé le collodion simple (Vidal), un collodion renfermant 1/40 d'iode métalloïdique (Billroth), un collodion renfermant 1/20 d'iodoforme.

Pour les *engelures ulcérées*, on se sert de l'emplâtre à l'oxyde de zinc d'Unna ou de l'emplâtre rouge d'E. Vidal (voir article *Emplâtre*).

L'énumération précédente est plus que suffisante : nous ne pouvons mentionner tous les remèdes qu'on a préconisés, depuis l'urine du malade jusqu'aux tranches d'oignon trempées dans du whisky dont un médecin anglais, Campbell, dit s'être fort bien trouvé.

Conduite a suivre dans le traitement des engelures. — En présence d'un cas donné d'engelures, nous conseillons tout d'abord de se servir pour se laver d'eau aussi chaude que possible, puis de faire, au point de vue local, le traitement formulé par E. Besnier et qui est le suivant :

1° Baigner les mains dans une décoction de feuilles de noyer. — Essuyer ;

2° Frictionner à l'alcool camphré ;

3° Saupoudrer avec la poudre suivante :

Salicylate de bismuth	10 grammes.
Amidon	90 —

M. s. a.

4° Pour calmer les démangeaisons du soir lorsqu'elles sont trop vives, frictionner avec :

Glycérine	ãã 50 grammes.
Eau de rose	
Tannin	de 0gr,10 à 1 gramme.

Puis poudrer avec la poudre n° 3.

D. Angiokératome. — Peut-être Bazin et Secheyron ont-ils connu cette affection, mais les deux premières descriptions nettes et précises en ont été publiées presque à la même époque par Mibelli sous le nom *d'Angiokératome* et par nous-même sous celui de *Telangiectasies verruqueuses*. Dubreuilh lui a donné le nom de *verrues télangiectasiques*, Colcott Fox celui de *lymphangiectasies des mains et des pieds ;* finalement c'est la dénomination *d'angiokératome* qui a prévalu.

Symptômes. — L'angiokératome débute par la formation d'un point rouge vif, minuscule, arrondi, de la grosseur d'une tête d'aiguille, qui disparaît assez difficilement par la pression et qui reparaît immédiatement. Il est constitué par une dilatation vasculaire. Peu à peu d'autres petits points se développent au voisinage du premier, et il se forme ainsi une tache d'un rouge pourpre, un peu irrégulière de forme, dont les dimensions moyennes sont de 2 à 3 millimètres de diamètre ; elle est constituée par l'agglomération d'une série de petits points de 1/3 de millimètre de large environ. Par la pression on en fait disparaître quelques-uns, rare-

ment tous. Si on les pique, il se produit une petite hémorragie (Dubreuilh).

A un stade plus avancé l'épiderme situé au-dessus de ces dilatations vasculaires prolifère, et il se forme alors de véritables petites tumeurs de la grosseur moyenne d'un grain de chènevis, ayant une forme globuleuse ou allongée, d'une teinte gris de plomb, rouge sombre, rouge vif, plus rarement violacée, à surface rugueuse, de consistance cornée, comme verruqueuse. On voit souvent à leur surface des sortes de petits points noirâtres qui sont des amas de sang coagulé contenus dans la couche cornée.

Fig. 44. — Angiokératome, main droite, chez une jeune fille.

On comprend dès lors pourquoi nous avions donné à ces lésions le nom de télangiectasies verruqueuses.

Leur siège habituel est les mains et les pieds, et surtout les doigts et les orteils. Pringle les a observées au pavillon de l'oreille. Elles sont pour ainsi dire toujours multiples. Il n'est pas rare de les voir cribler les doigts. Elles ne subissent pas toutes la transformation verruqueuse : il est habituel dans les cas intenses d'en trouver chez le même sujet à tous les stades de développement : il est relativement fréquent de les voir s'arrêter au premier et au deuxième stade, et de ne constater aucune transformation verruqueuse.

Elles sont parfaitement indolentes.

Anatomie pathologique. — « La lésion principale de l'angiokératome est une dilatation considérable des capillaires sanguins superficiels qui forment des cavités allongées ou globuleuses visibles à l'œil nu et d'autant plus volumineuses qu'elles sont plus superficielles. Ces dilatations ampullaires remplissent et dilatent les papilles, refoulent le tissu conjonctif voisin, arrivent à le mettre en contact immédiat avec l'épiderme, et peuvent même être presque totalement englobées par lui.

Le tissu conjonctif du derme dans l'intervalle et au dessous des vaisseaux dilatés présente un certain degré d'infiltration cellulaire. » (Dubreuilh.)

Les vaisseaux lymphatiques peuvent avoir des dilatations analogues à celles des vaisseaux sanguins (Mibelli, Audry).

Mibelli admet qu'il y a néoformation de vaisseaux surtout par bourgeonnement des parois vasculaires.

Dans la forme verruqueuse, il y a hyperkératose de l'épiderme : la couche cornée et la couche granuleuse sont fort épaissies « Au sommet des dilatations vasculaires l'épiderme est aminci ; dans leurs intervalles l'épiderme envoie des prolongements profonds qui se ramifient, qui entourent les dilatations sanguines et contribuent à leur thrombose. Les dilatations ainsi thrombosées sont ensuite englobées par la végétation épidermique et arrivent à la surface pour former les grains noirs qu'on trouve dans la plupart des cas d'angiokératome. » (Dubreuilh.)

Étiologie. — Un fait majeur domine l'étiologie de l'angiokératome : ses étroites relations avec les engelures. Il se montre pour ainsi dire toujours chez les enfants et les adolescents qui ont des engelures, sur les régions qui y sont exposées et non sur celles qui n'en ont jamais eu : il augmente de nombre et de volume à mesure

que les engelures se répètent. Dès que le sujet n'en a plus, il cesse de s'étendre, reste stationnaire ; puis, dans l'âge adulte, finit par s'atténuer. Tous les individus qui ont des engelures n'ont pas d'angiokératome : il faut donc admettre chez ceux qui en ont une certaine prédisposition aux dilatations vasculaires.

En 1898 Leredde et Milian publièrent un cas d'angiokératome sous le nom de *Tuberculides angiomateuses des membres inférieurs*, et émirent pour la première fois l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de cette lésion. Depuis Leredde et Haury, et surtout Pautrier (Thèse, p. 323, et *Arch. fur dermat.* LXIX, 1904) ont soutenu cette opinion avec le plus grand talent, en s'appuyant sur l'histologie (voir Pautrier) et sur la clinique.

Jusqu'à plus ample informé nous ne pouvons admettre cette théorie.

Diagnostic. — L'angiokératome est caractérisé par sa forme, son aspect, ses localisations si spéciales. Cet ensemble permet de le distinguer de tous les autres *angiomes congénitaux ou acquis*.

Les *lymphangiomes* n'ont ni leur dissémination, ni leur aspect. Les *verrues vraies* n'ont pas leur coloration rouge vif due aux télangiectasies.

Traitement. — On peut faire disparaître les angiokératomes en les touchant avec la pointe fine de l'électrocautère ou même du thermocautère : mais il nous semble que l'électrolyse négative donne des résultats bien préférables en ce sens qu'elle ne laisse pas de cicatrices vicieuses. On enfonce une fine aiguille de platine iridiée préalablement flambée et reliée au pôle négatif dans chaque petite dilatation ; on fait passer pendant huit à quinze secondes selon la résistance des tissus un courant de 1 milliampère et demi à 2 milliampères et demi, jusqu'à ce qu'il y ait un commencement net de destruction des tissus, puis on cesse de faire passer le courant, et on retire l'aiguille. Comme pansement ultérieur, on se contente de lotionner deux ou trois fois par jour avec de l'alcool camphré. Il se forme au niveau de chaque point touché une petite croûtelle noire qu'on détache au bout d'un laps de temps variant de cinq à dix jours. On recommence une deuxième fois l'opération quand c'est utile. On obtient ainsi la disparition graduelle de tous les éléments.

E. Gerçures. — **Symptômes.** — On désigne sous le nom de *gerçures* ou *crevasses* de petites plaies linéaires, de forme et d'étendue variables, qui intéressent l'épiderme et les couches superficielles du chorion. Il semble que les téguments, en quelque sorte trop étroits, se soient fendus à leur niveau. Le fond en est souvent d'un rouge vif : dans la grande majorité des cas, elles sont sèches, plus rarement il s'y produit un suintement séreux ou séro-sanguinolent. Elles sont presque toujours le siège de douleurs assez vives, surtout au contact de corps étrangers.

Elles sont très fréquentes aux mains pendant l'hiver, car le froid en est l'agent producteur par excellence : elles s'y forment au bout des doigts, aux plis articulaires chez les personnes qui exercent des travaux manuels, qui touchent des liquides irritants comme les eaux de vaisselle ; elles sont alors profondes, douloureuses et assez rebelles. Elles occupent au contraire la face dorsale des mains chez ceux qui n'ont pas de profession manuelle, mais qui s'exposent simplement au contact de l'air. Dans ce cas, elles sont superficielles et une simple onction de lanoline suffit pour les faire disparaître.

On les observe aussi au mamelon chez les nourrices ; elles sont causées par le contact du lait et de la salive du nourrisson ; elles peuvent être, par les sécrétions

et les douleurs qu'elles causent, un sérieux obstacle à l'allaitement : elles sont fréquemment la cause d'abcès du sein.

Au pourtour de l'anus elles sont dans quelques cas le point de départ de complications graves telles que des fissures et des fistules anales. Elles sont communes aux lèvres et aux commissures des lèvres où il ne faut pas les confondre avec la perlèche (voir ce mot). Elles sont parfois très rebelles aux narines, où elles sont entretenues par les sécrétions nasales, surtout dans les coryzas.

Traitement. — *Gerçures en général et gerçures des mains* — Quand on est prédisposé aux gerçures, il ne faut rien toucher d'irritant lorsqu'il fait froid; on doit se servir pour se laver les mains d'eau froide bouillie, de savon de bonne qualité ou de pâte d'amandes, et porter directement sur les téguments des gants de peau souple et fine. Une fort légère couche de lanoline pure ou parfumée avec de la vanilline est le meilleur préservatif.

Quand les gerçures sont formées, on peut continuer les soins précédents ou recourir de plus à l'un des moyens que nous allons indiquer :

Lotionner deux fois par jour les régions malades avec le mélange suivant (Monin) :

Eau de laitue	200 grammes.
Glycérine pure	50 —
Baume du Pérou	15 —
Salicylate de soude	4 —

M. s. a.

ou bien se frotter les mains matin et soir avec quelques gouttes d'une préparation contenant 50 centigrammes de tannin pour 20 grammes de glycérine neutre et 100 grammes d'eau de rose (Vigier).

Mettre pour la nuit sur les parties malades soit de la lanoline pure, soit de la lanoline parfumée avec un peu de vanilline et d'essence de rose, soit un mélange de lanoline 30 pour 10 d'huile d'amande douce, soit du glycérolé d'amidon à la glycérine neutre pure de Price.

Les formules précédentes sont surtout bonnes pour les mains.

Gerçures du sein. — Pour les gerçures du sein, on a recommandé de faire après chaque tétée une lotion soigneuse avec de l'eau boriquée, puis d'appliquer de la vaseline boriquée au dixième ou au vingtième, pure ou additionnée d'un cinquantième de chlorhydrate de cocaïne; dans ce dernier cas, on doit laver soigneusement le mamelon avant de donner le sein à l'enfant.

Berckmann conseille, après avoir fait la lotion boriquée, de recouvrir le mamelon et l'aréole préalablement mouillés d'un morceau de baudruche de 10 centimètres de diamètre, dont le centre est percé de plusieurs trous pour permettre l'allaitement : avant de mettre l'enfant au sein, on humecte le pansement avec de l'eau sucrée : on le refait après chaque tétée.

On a encore préconisé dans les cas où l'aréole est sensible les préparations suivantes :

Carbonate de zinc	5 grammes.
Glycérine	4 —
Vaseline	25 —

ou bien :

Tannin	1 gramme.
Glycérine	50 grammes.
Eau de rose	20 —

Si l'affection persiste, on cautérise les fissures avec le crayon de nitrate d'argent, ou bien on fait des lotions avec une solution de chloral au deux centièmes et des pansements au salol : le collodion au salol que l'on a beaucoup vanté et dont voici la formule

Salol	3 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	20 centigrammes.
Ether	3 grammes.
Collodion	30 —

M. s. a.

a l'avantage d'agir comme topique et comme occlusif, mais il gêne parfois beaucoup l'allaitement. (Il ne faut pas oublier que les préparations de salol provoquent souvent des éruptions artificielles.)

Gerçures des lèvres. — Contre les gerçures des lèvres on peut employer les cérats ou les cold-creams, ou encore la formule suivante de Monin.

Beurre de cacao	10 grammes.
Huile de ricin	3 —
Extrait de cachou	1 —
Huile de bouleau	II gouttes.
Essence de badiane	V —

M. s. a.

Dans certains cas rebelles, une cautérisation légère avec une solution de nitrate d'argent au vingt-cinquième ou même au dixième, ou bien des applications de baume du Commandeur (Vidal) modifient la vitalité des tissus et déterminent la cicatrisation. Ces dernières considérations s'appliquent aux gerçures des narines et de la marge de l'anus.

F. Hydroa vacciniforme. — C'est Bazin qui a pour la première fois observé et décrit l'*hydroa vacciniforme* (*Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, 1862, p. 132). Cette affection a été étudiée par Hutchinson sous le nom de *Summer eruption*, et depuis lors par de nombreux auteurs, parmi lesquels ils convient de citer surtout Radcliffe Crocker qui l'a appelée *hydroa vacciniforme seu estivale*.

Étiologie. — Les poussées se produisent presque toujours après que le malade s'est exposé pendant quelques instants, quelques heures, rarement quelques jours, à l'action des rayons du soleil. Elles surviennent d'ordinaire dès le soir même ou dès le lendemain, et elles occupent les régions découvertes qui ont subi directement l'influence solaire.

Par suite, la période d'élection de cette dermatose est de mars-avril à septembre-octobre. Cependant chez les personnes tout particulièrement prédisposées, on en observe également des attaques pendant l'hiver, et elles semblent se produire aussi à cette époque après une exposition aux rayons du soleil : mais il est fort possible que d'autres agents atmosphériques la provoquent, par exemple le vent violent, l'air de la mer, le froid, et même la chaleur artificielle.

Les régions le plus souvent atteintes sont le visage, les oreilles, le cou, la nuque, la face dorsale des mains, les avant-bras quand ils ne sont pas couverts, les pieds et les jambes dans des circonstances analogues. Il est rare, mais possible, que l'éruption une fois produite gagne des régions protégées par les vêtements et même les

muqueuses (voir pour plus de détails notre mémoire sur l'hydroa vacciniforme, *Annales de Dermatologie*, 1894, p. 1133).

Ce sont surtout les enfants qui semblent prédisposés à cette affection : ils en présentent les premières atteintes dès leur tout jeune âge (deux ans, trois ans, cinq ans). Puis ils en ont des poussées tous les ans régulièrement, quelquefois hiver et été, plus souvent seulement pendant l'été, dès leur première exposition au soleil, et les éruptions sont d'autant plus rapprochées, d'autant plus intenses, d'autant plus rebelles qu'ils prennent moins de précautions.

Puis, peu à peu, avec l'âge, la faiblesse de résistance des téguments semble

Fig. 45. — Hydroa vacciniforme.
Partie latérale gauche de la face chez une petite fille de 6 ans. Au milieu des soulèvements bulleux on voit une teinte d'un brun noirâtre escharotique. Le bout du nez est complètement noir, gangréneux.

décroître, les poussées deviennent de moins en moins fréquentes et prolongées, et dans plusieurs cas les éruptions cessent de se produire entre vingt et trente ans. Il en serait donc un peu de l'hydroa vacciniforme comme des engelures. Cependant les adultes peuvent être atteints.

Cette affection ne semble pas être familiale. Les garçons y sont plus prédisposés que les filles.

Symptômes. — L'éruption est parfois accompagnée ou précédée d'un malaise général, d'anorexie, de nausées, d'agitation pendant la nuit, de frissonnements ; mais ces phénomènes peuvent manquer. Le malade éprouve des sensations plus ou moins accentuées de cuisson, de brûlure, de tension, rarement de prurit au niveau des régions qui vont être atteintes; les localisations d'élection sont par ordre de fréquence les pommettes, les oreilles, le nez, le reste de la figure, le front, la face dorsale des mains, etc.

Les éléments éruptifs typiques sont constitués au début par des soulèvements épidermiques faisant une saillie notable au-dessus des téguments voisins, tendus, donnant au doigt une sensation marquée de résistance, arrondis ou ovalaires, globuleux, d'une grosseur qui varie de celle d'un grain de mil à celle d'un petit pois, de coloration opaline, comme demi-transparents ou perlés. Quand on les ouvre avec une pointe d'aiguille, on en fait sourdre un liquide limpide séreux,

mais le soulèvement épidermique ne s'affaisse pas pour cela. Ils sont d'ordinaire entourés d'une aréole rouge érythémateuse.

Ils peuvent rester stationnaires, jaunir, puis se dessécher et se recouvrir d'une croûtelle jaunâtre. Parfois ils augmentent par extension périphérique et prennent l'aspect que nous considérons comme vraiment pathognomonique de cette forme morbide. Ils ont dans ce cas des dimensions qui varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 20 centimes en argent et parfois même davantage. Le centre est légèrement déprimé, de telle sorte que les éléments dans leur ensemble sont ombiliqués; mais de plus ce centre déprimé revêt une teinte plus foncée que la périphérie; il peut être d'un brun sombre, d'un bleu brunâtre ou noirâtre. Tout autour de la partie centrale existe une zone périphérique d'abord opaline, semblable à l'élément au début, et d'où l'on peut faire sourdre un peu de liquide opalin. Cette zone en collerette est nettement surélevée; elle est d'ordinaire assez régulière, arrondie ou ovalaire, et entourée d'une aréole rouge. Plusieurs éléments voisins peuvent confluer et former des plaques plus ou moins irrégulières d'aspect et de contours.

A mesure qu'ils évoluent, les éléments que nous venons de décrire jaunissent, de telle sorte qu'ils prennent l'aspect de pustules ombiliquées (Bazin); puis il se forme à leur surface une croûte d'abord centrale et un peu foncée, noirâtre parfois, puis qui s'étend sur toute la lésion. Quand on enlève mécaniquement cette croûte à cette période, on constate qu'elle est fort adhérente, et on met à nu une ulcération suintante assez profonde. Après un laps de temps variable, mais qui ne dépasse pas huit à quinze jours dans les cas bien soignés par le séjour à la chambre, ces croûtes tombent, laissant au-dessous d'elles un derme rouge, déprimé, qui blanchit peu à peu, mais qui présente, lorsque l'élément a été volumineux, des cicatrices en cupule, indélébiles, analogues à celles de la variole. En outre, il se développe fort souvent des télangiectasies sur les régions atteintes par la maladie. De nouveaux éléments peuvent se former sur les cicatrices anciennes.

Pendant les périodes d'accalmie les individus sujets à l'hydroa vacciniforme présentent donc assez souvent un aspect spécial qui permet avec quelques commémoratifs, de porter un diagnostic précis. Le nez, les pommettes, les joues et les oreilles, parfois la face dorsale des mains, sont sillonnés de télangiectasies et criblés de petites cicatrices déprimées, disséminées dans les cas d'intensité moyenne.

Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires peuvent être tuméfiés pendant les périodes d'activité.

Pronostic. — L'hydroa vacciniforme n'a aucune gravité au point de vue de la santé générale; mais en réalité c'est une affection assez sérieuse au point de vue de ses récidives incessantes dès que les sujets s'exposent à l'action des agents atmosphériques, et surtout au point de vue des cicatrices indélébiles qu'elle peut laisser après elle.

Anatomie pathologique. — D'après Bowen toute la zone centrale du nodule est nécrosée. Les couches moyennes et profondes du rete sont transformées en une sorte de tissu réticulé formant un lacis rempli de détritus granuleux et çà et là de leucocytes. Tout le chorion jusqu'à une petite distance du tissu cellulaire sous-cutané est également nécrosé : on y trouve des granulations, des vaisseaux sanguins dilatés, mortifiés, entourés de foyers hémorragiques. Tout autour de la zone nécrosée, les lésions sont au contraire peu considérables; l'épiderme est légèrement épaissi, et le chorion infiltré de petites cellules.

D'après Mibelli il ne s'agirait que d'une dermite primitive diffuse et intense, à

exsudat leuco-fibrineux, aboutissant à la formation de vésicules par spongiose dans la partie moyenne du corps muqueux : l'intensité du processus inflammatoire peut déterminer un processus nécrobiotique plus ou moins étendu ; mais il ne s'agirait pas, comme le veut Bowen, d'un processus nécrobiotique d'emblée et en masse.

Diagnostic. — Quand on a vu un cas typique de cette affection, on sait toujours la reconnaître : elle ne ressemble en effet à aucune autre dermatose décrite. On a voulu étendre ce type morbide, et lui rattacher l'hydroa puerorum d'Unna. (Voir Laffitte, *Pratique Dermat.* — Voir en outre le travail de E. Constantin, l'élève d'Audry : Les formes bulleuses de l'hydroa vacciniforme de Bazin, *Annales de Dermat.* 1905)

Traitement. — Le traitement doit être surtout un traitement prophylactique. Les personnes qui sont sujettes à cette affection devront éviter avec le plus grand soin de s'exposer trop longtemps aux rayons ardents du soleil ; quand elles seront obligées de le faire, elles protégeront soigneusement les parties du corps qui sont habituellement découvertes : elles enduiront en outre les régions vulnérables d'un topique gras quelconque par-dessus lequel elles mettront de la poudre d'amidon, et, quand c'est possible, un voile blanc ou un voile vert.

Lorsque l'éruption s'est déclarée, il faut conseiller au malade de garder le repos à l'appartement et de ne sortir sous aucun prétexte. L'affection guérit ainsi avec rapidité quelle que soit la médication locale que l'on emploie, pourvu qu'elle ne soit pas irritante ; le simple cold-cream frais, ou une pommade faible à l'oxyde de zinc nous semblent préférables à toutes les applications plus ou moins énergiques que l'on a préconisées. On peut se servir des pulvérisations et des cataplasmes de fécule de pomme de terre pour faire tomber les croûtes.

G. Dermatites récidivantes d'été et d'hiver. — Certains auteurs, en particulier Hutchinson et R. Crocker dans son admirable Traité, ont décrit dans un chapitre à part et comme étant des entités morbides distinctes, des éruptions qui récidivent chez certains sujets tous les étés ou tous les hivers. Elles se produisent d'ordinaire dès la première ou dès la seconde enfance ; il est rare qu'elles ne commencent à se manifester qu'après la puberté ; presque toujours elles cessent d'apparaître dès que les sujets arrivent à l'âge adulte entre vingt et trente ans : cependant il y a des exceptions.

Ces éruptions surviennent vers la fin de l'été et le commencement de l'hiver. Il est évident que ce sont les rayons du soleil et surtout ceux du soleil de mars et d'avril qui en sont la grande cause provocatrice. Cependant, dans quelques cas, ces éruptions se font sans que le sujet ait été exposé directement à l'action des rayons solaires, et parfois ce sont les intempéries de l'hiver, le froid et surtout la bise, qui en déterminent l'apparition.

Elles sont d'ordinaire limitées aux parties découvertes, ou tout au moins à celles qui sont le plus exposées, figure, oreilles, cou, mains, avant-bras, jambes ; mais il est possible de voir les accidents cutanés gagner presque toute l'étendue des téguments.

Plusieurs types éruptifs ont été décrits et en réalité chaque sujet semble réagir d'après ses propres susceptibilités. Nous avons observé le simple érythème avec teinte brunâtre et desquamation consécutives, des lésions érythémato-papuleuses, de fines papules rouges, des papulo-vésicules, des papulo-pustules, des éruptions du type dit autrefois eczéma érypsipélatoïde avec œdème des paupières et de la face,

des éruptions du type eczéma papulo-vésiculeux, de l'hydroa vacciniforme (voir le chapitre précédent), etc. Les démangeaisons sont très variables, parfois très vives, insupportables chez les névropathes et les intoxiqués, elles peuvent manquer presque totalement ou être remplacées par des sensations de cuisson ou de brûlure.

En somme il n'y a pas là de forme morbide bien définie.

Il ne s'agit que de l'action locale nuisible d'agents atmosphériques irritants[1] qui traumatisent des téguments en état de moindre résistance de par les susceptibilités cutanées particulières à certains sujets qui sont presque toujours issus de nerveux, d'intoxiqués et de surmenés, et qui répondent au tempérament dit autrefois lymphatico-arthritique. Chacun réagit donc au point de vue éruptif d'après ses prédispositions, ce qui explique la multiplicité des lésions objectives. Il n'y a pas lieu d'insister sur ces faits.

On les traitera en protégeant soigneusement les téguments de tout contact irritant, en faisant des pansements émollients, en appliquant soit de la simple poudre de talc ou d'amidon, soit de l'axonge fraîche ou du cold-cream, et en soumettant le malade au traitement diététique et médicamenteux indiqué par ses prédispositions individuelles et le fonctionnement de ses organes[2].

H. Accidents cutanés provoqués par les rayons X[3]. — L'exposition aux rayons de Röntgen est tout à fait indolore : il est très remarquable de voir que cet agent peut déterminer les lésions les plus graves du côté des téguments sans que le patient éprouve la moindre souffrance : tout au plus accuse-t-il parfois une légère sensation de chaleur.

« Le soir même ou le lendemain d'une séance de radiothérapie, il survient parfois un érythème plus ou moins intense sur la partie touchée : d'ordinaire il disparaît quatre à cinq jours après : il s'accompagne dans quelques cas de légères démangeaisons. Il est probable qu'il faut attribuer cet accident aux rayons lumineux qu'émet l'anticathode portée à l'incandescence. C'est un érythème analogue à celui que produit sur la peau un éclairage artificiel intense : peut-être s'y joint-il une légère action calorique. En tous cas il ne doit pas être confondu avec la véritable réaction » (Belot).

La véritable réaction des téguments après la radiothérapie n'apparaît habituellement qu'après une période de latence qui dure de cinq à douze jours après l'exposition aux rayons ; on lui a donné le nom de *Radiodermite*.

[1] Il faut aussi tenir compte, dans l'étiologie et la pathogénie des éruptions vernales, de l'action irritante locale de certaines plantes.

[2] Sous le nom de *dermatitis hiemalis*, Duhring et après lui Corlett ont décrit en Amérique une éruption qui siège sur la face dorsale des mains et plus rarement des pieds, et qui est caractérisée par des plaques de diverses grandeurs, parfois en fer à cheval, légèrement ou assez fortement infiltrées, ayant des limites nettes, d'un rouge vif ou un peu sombre. Au début il peut y avoir à leur surface des vésicules qui se rompent facilement, laissant après elles des surfaces à vif, suintantes, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Au premier abord, à cette période, on croirait voir un herpès. Puis les plaques prennent une teinte moins vive, se recouvrent de squames minces et adhérentes ; on pourrait alors en faire un lupus érythémateux, mais elles n'ont pas d'extension centrifuge. Nous n'avons pas vu en France de cas se rapportant à cette description.

Radcliffe Crocker (3e édition, p. 307) a décrit sous le nom d'*acrodermatitis pustulosa hiemalis* une lésion qui se développe l'hiver aux mains, qui a d'étroites relations avec les engelures, et qui nous paraît devoir être rattachée aux tuberculides papulo-nécrotiques.

[3] Voir pour plus de détails les travaux de Oudin, Barthélemy, Darier, de Kienböck, l'ouvrage récent de Belot, p. 139 et suiv., etc...

Radiodermites des opérés. — *Alopécie.* — « Un premier effet des rayons X qui se montre parfois en dehors de toute autre réaction cutanée, est la chute des cheveux et des poils.

« Cette alopécie, sans érythème bien marqué, est surtout spéciale au cuir chevelu : c'est douze à quinze jours après une irradiation moyenne que les cheveux commencent à tomber, puis peu à peu une alopécie complète s'établit. Selon certains auteurs, un léger érythème précéderait toujours la chute des cheveux... Pendant quelque temps, la peau reste lisse et glabre. Parfois survient un peu d'hyperpigmentation. Au bout de quelques semaines, la peau reprend son aspect normal et les poils commencent à repousser. Deux ou trois mois après le début de la réaction, il ne reste plus aucune trace de cette alopécie... Sur le visage, des phénomènes analogues peuvent se produire ; mais, le plus souvent, l'épilation est précédée d'un érythème plus ou moins intense, suivi parfois de pigmentation et d'atrophie cutanée. » (Belot, *loc. cit.* p. 144).

Érythème. — « Lorsque l'exposition a été plus intense, le premier phénomène qui apparaît est l'érythème. Il se montre en général cinq à six jours après l'application... La peau prend d'abord une légère teinte rosée sur toute la surface traitée. Parfois, au lieu d'être uniforme, l'érythème est ponctué, lenticulaire, mais ces taches isolées ne tardent pas à se réunir... A cette teinte rosée succède au bout de deux à trois jours une coloration plus intense. La peau devient rouge vif, puis rouge foncé, rouge brun et atteint même parfois le rouge violacé... En même temps la peau est légèrement infiltrée. Un peu d'œdème apparaît. Les démangeaisons deviennent vives, surtout la nuit. Ces phénomènes atteignent leur maximum quinze à vingt jours après l'application... Lorsque l'application n'a pas été trop intense, au bout de quelques jours les démangeaisons se calment et l'hyperémie diminue. Si la région était velue, les poils tombent et l'alopécie se produit... Les couches superficielles de la peau se détachent par petites squames furfuracées, laissant au-dessous d'elles une surface d'apparence normale. »

Pigmentations. — « Pour Kienböck, une pigmentation brune succéderait toujours à l'érythème et la desquamation ferait disparaître cette coloration anormale. » Pour Belot il peut se produire de la desquamation dès que l'érythème diminue sans apparition de pigmentation.

« Cette coloration anormale des téguments exposés aux rayons X est très variable suivant les individus.. Dans quelques cas elle s'étend au delà de la région touchée. Elle est plus accentuée chez les sujets à peau brune. La pigmentation disparaît d'ordinaire, comme nous l'avons dit, à mesure que la peau desquame, et les téguments reprennent leur aspect normal au bout d'un laps de temps minimum d'un mois et demi. Mais il est possible aussi de voir la pigmentation persister pendant plusieurs mois. »

Vésiculation. Phlyctènes. — « A la suite d'expositions intenses, il se forme sur le fond érythémateux des sortes d'élevures, d'abord à peine visibles, semblant être papuleuses, mais que l'on peut en réalité excorier avec une épingle, et d'où l'on peut faire sortir de la sérosité. Ce sont donc de véritables phlyctènes. Elles peuvent être plus ou moins disséminées ou groupées : elles peuvent devenir des vésico-bulles ou des vésico-pustules. Parfois tout s'arrête là et la peau reprend son aspect normal au bout de quelque temps. Dans certains cas de véritables pustules apparaissent à la périphérie de la partie traitée. Cette éruption a été constatée par Sabouraud chez certains teigneux soumis aux rayons X pour l'épilation... On a cru pouvoir attribuer ces phénomènes à l'action des rayons secondaires. »

Ulcération superficielle. — « Les vésicules peuvent devenir confluentes : il se forme des bulles et des phlyctènes de dimensions très variables... Le contenu, d'abord séreux, devient louche, puis finalement purulent. Elles se déchirent et laissent à nu une surface ulcérée, suintante... qui tend à prendre une coloration très foncée, se rapprochant du rouge pourpre ou violacé. Les démangeaisons, qui ont été très prononcées jusqu'à la rupture des phlyctènes, font place alors à des douleurs plus vives, à des sensations de cuisson et de brûlure insupportables, empêchant souvent le sommeil... Cet état dure dix à treize jours environ, puis survient la guérison ; la peau formée est mince, lisse, blanchâtre, atrophique, présentant souvent par places des cicatrices. Les bulbes pileux peuvent être atrophiés, et dans ce cas, l'alopécie obtenue est définitive. Parfois on observe une pigmentation très marquée des régions voisines et des télangiectasies. »

« *Escarre.* — Cet accident consiste en une nécrose plus ou moins profonde de la peau. Il n'y a pas une escarre Röntgen type : il y en a des quantités ; cela dépend encore de la sensibilité du sujet et de la quantité des rayons absorbés. L'ulcération peut rester tout à fait superficielle... c'est à peine si les premières couches du derme sont atteintes. Parfois la lésion est plus profonde ; enfin le derme tout entier, et même les plans sous-jacents peuvent être lésés ; l'escarre grave est constituée. Dans ce cas les douleurs sont intenses, elles deviennent terribles et s'irradient au loin. Sur la surface ulcérée rougeâtre qui, au stade précédent, présentait une teinte uniforme, apparaissent des teintes jaunes, grises, noirâtres, qui s'étendent, se fusionnent et constituent l'escarre. Cette escarre brune devient peu à peu sèche, noirâtre, moins sensible. Elle se momifie pour se rétracter sur place. Il se produit entre elle et les tissus sains périphériques un sillon qui laisse sourdre un liquide épais, séreux ou purulent ; enfin elle se détache avec difficulté des tissus sous-jacents. Il en résulte une ulcération profonde qui sécrète abondamment. Puis les surfaces se recouvrent de bourgeons et la réparation s'accomplit au bout de plusieurs semaines ; ce sont les cas favorables. Parfois l'ulcération est torpide, elle n'a aucune tendance à la cicatrisation ; elle peut même gagner en profondeur et en étendue. Elle subsiste pendant des mois, parfois même des années (Kienbock). Heureusement ces accidents sont très rares : et il faut les attribuer à une surexposition maladroite dépassant dix à vingt fois la dose maxima normale. L'hyperpigmentation et les télangiectasies sont d'ordinaire très marquées au niveau des cicatrices. Il peut même s'y développer des néoplasmes malins. »

Accidents tardifs. — La radiodermite peut apparaître par exception plusieurs mois après les séances de radiothérapie. Mais ces faits sont des plus rares et datent du temps où l'on ne savait pas doser les rayons.

Gaucher et Lacapère (Congrès de Berlin, 1904) ont insisté sur ces accidents tardifs qu'ils attribuent à une névrite ascendante. Ils se confondent avec le groupe suivant.

Radiodermites des opérateurs. — « On a donné aux accidents causés par les rayons X chez les opérateurs le nom de *radiodermite chronique*. Ce terme n'est guère justifié, car les phénomènes morbides qui s'observent chez les opérateurs sont en réalité identiques à ceux des opérés. »

Ils s'installent d'une manière lente, progressive, presque silencieuse, chez ceux qui manient les rayons X sans prendre de mesures de protection suffisantes. Ils se produisent d'ordinaire aux mains, et ne deviennent perceptibles qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois quand les doses se sont additionnées...

Il survient d'abord un certain degré d'acrocyanose; les doigts sont violacés et rouges, avec sensation de chaleur et de sécheresse de la peau. Puis cet érythème diffus s'accentue en certains points, le plus souvent sur les deuxième et troisième phalanges, souvent même il fait une certaine saillie, de façon à simuler des engelures. Parfois les phénomènes de début sont la chute des poils.

Peu à peu la peau des mains s'amincit, se ride, et devient atrophique. Dans d'autres cas au contraire, le derme s'épaissit, perd sa souplesse; les plis normaux s'accentuent, la pigmentation s'accroît. Ce qui est le plus pénible à cette période d'acromégalie, c'est l'épaississement, le fendillement des rebords épidermiques unguéaux, qui sont à chaque instant déchirés et saignants. La peau devient rugueuse, desquame par place; il s'y développe des groupes de télangiectasies. Nous y avons vu s'y former des épithéliomas cutanés[1]. En somme, comme nous l'avons fait remarquer (Brocq, article *Télangiectasies de la Pratique dermatologique*), les rayons X absorbés à petites doses répétées peuvent reproduire à peu près exactement le tableau du xeroderma pigmentosum : érythème, taches pigmentaires, desquamations, télangiectasies, productions verruqueuses, et épithéliome.

Fig. 45. — Radiodermite des opérateurs, main gauche.

On y voit l'atrophie cutanée, les télangiectasies, les productions verruqueuses, les exulcérations, l'effritement des ongles.

« Les ongles prennent souvent une coloration brunâtre : ils s'aplatissent et deviennent cannelés, cassants; ils peuvent s'exfolier en partie ou complètement[2]. »

Traitement des radiodermites. — « Les radiodermites bénignes disparaissent d'elles-mêmes au bout de quelques jours. Si l'irritation est vive, on peut employer les pommades calmantes à l'oxyde de zinc, les compresses boriquées, ou l'eau de Goulard... Contre es pigmentations, Török et Schein préconisent la pommade au naphtol.

« Il n'y a pas d'autre traitement de la radiodermite chronique que la suppression de la cause... Aucun topique, aucun pansement ne peuvent donner d'amélioration, si on ne cesse d'être exposé aux rayons X... Mais on peut se protéger par des appareils spéciaux qui sont de deux ordres : 1° ceux qui localisent les rayons sur la partie à opérer en protégeant totalement les personnes présentes, et ce sont ceux que l'on emploie maintenant de plus en plus (voir la communication de J. Belot faite le 7 février 1906 à la *Société de Dermatologie* sur un nouvel appareil protecteur localisateur pour la Radiothérapie, assurant la protection du médecin et du malade, et sur de nouveaux tissus protecteurs); 2° ceux qui protègent directement

[1] Mendes da Costa a traité 71 cas de lupus vulgaire par la radiothérapie, et dans 7 de ces cas il a vu se développer des épithéliomes. (Sur l'atrophie et l'épithéliome cutanés consécutifs à l'application des rayons X. *Revue des mal. cut., syph. et vén.*, juillet 1905, p. 224).

[2] Tout ce chapitre est extrait du remarquable ouvrage de notre élève, le Dr Belot : *La Radiothérapie : son application aux affections cutanées*. Paris, 1904.

les mains, la figure, etc... des opérateurs et qui consistent en gants recouverts de lames de plomb, gants de fil de laiton fin, gants portant sur la partie dorsale de la main et des doigts de petits sacs remplis de bismuth, tissu de caoutchouc spécial, etc...

« Dans les cas d'ulcération légère on peut appliquer une couche épaisse de pâte de zinc, recouverte d'un pansement occlusif aseptique... Le liniment oléo-calcaire est excellent dans le cas où les sensations de brûlure sont intenses : on l'applique directement, et on recouvre de lint imbibé de ce même liniment.

« On a essayé de traiter les ulcérations rebelles par la lumière rouge, d'autres préfèrent la lumière bleue : les résultats obtenus sont des plus douteux.

« Il semble que l'effluvation statique, et surtout que les effluves de haute fréquence et les bains hydro-électriques modifient heureusement les radiodermites graves des opérateurs. »

Éruptions professionnelles. — Dans tout ce qui précède nous avons à chaque pas mentionné des éruptions qui dépendent de la profession des sujets qui en sont atteints. Le groupe que l'on a voulu créer des éruptions professionnelles est tout à fait artificiel, et ne nous paraît pas devoir être conservé dans une description didactique des dermatoses. Mais, en pratique, c'est un diagnostic commode et utile à poser. A ce titre on doit se souvenir de cette dénomination.

Les *éruptions professionnelles* comprennent toutes les grandes dermatoses professionnelles des ouvriers en fabrique ou en usine que nous venons de signaler dans les éruptions artificielles de cause externe, les dermatites eczémateuses d'aspect qui s'observent si souvent chez les boulangers, les épiciers, les maçons, les cimentiers, les plâtriers, les teinturiers, les ébénistes, les chimistes, les droguistes, les herboristes, les imprimeurs, les fabricants de papier et de vêtements de couleur, les fabricants de savon, les blanchisseurs, les ouvriers en nacre de perle, les fileurs de laine, les graveurs, les mégissiers, les tanneurs, les criniers, les pelletiers, les marchands de peaux de lapin, les forgerons, les verriers, les pâtissiers, les cuisiniers, etc...

On les a décrites sous les noms de *gale des épiciers*, d' *eczéma professionnel*, d'*eczéma lichénoïde*, de *lichen polymorphe simplex, etc....*

Elles sont essentiellement caractérisées d'une manière générale : 1° par leur localisation aux régions traumatisées, d'où leur fréquente symétrie, leur siège habituel aux doigts, aux mains, aux avant-bras ; 2° par des lésions éruptives qui au début sont souvent monomorphes, érythémateuses et vésiculeuses, mais qui presque toujours deviennent polymorphes, s'infectent de pyodermites diverses, impétigo, ecthyma vrai, folliculites, furoncles, prennent un aspect eczématique par place, se lichénifient, deviennent en somme le point d'appel d'éruptions d'origine interne tenant aux réactions individuelles du sujet atteint, lesquelles se mélangent à doses variables avec les lésions d'origine directement traumatique. Il en résulte, malgré un air de famille pour toute cette classe d'éruptions, une assez grande diversité symptomatologique suivant les professions et suivant les individus.

On peut aussi faire rentrer dans ce groupe *les callosités* et les *durillons professionnels* que nombre d'ouvriers présentent aux mains, aux doigts, et même en certains autres points des téguments, et dont la forme et la localisation varient suivant les instruments qu'il manient.

Éruptions simulées. — Il y a des personnes qui simulent des éruptions, soit parce qu'elles éprouvent de la satisfaction à sembler être malades, soit parce qu'elles

veulent exciter la pitié, ou éviter de travailler (voir Thibierge, Éruptions simulées. *Prat. dermat.*, t. II, p. 197 et suivantes).

Symptômes. — Voici quelles sont les diverses affections cutanées que nous avons vu produire artificiellement.

Érythèmes. — Certaines personnes rougissent leurs téguments par des frictions avec des objets irritants, étrilles, brosses de chiendent, ou par des applications de substances rubéfiantes, telles que la térébenthine, l'acide phénique, etc...

Vesicules et bulles. — Il est plus fréquent de les voir provoquer l'apparition d'éruptions vésiculeuses et pustuleuses par des applications d'emplâtre de thapsia, ou de pommades épispastiques au garou, à la cantharide, à l'huile de croton, etc...

Assez souvent ce sont des bulles qu'elles produisent par des applications de teinture de cantharide, de vésicatoire liquide, d'acide phénique pur, d'acide nitrique, d'eau brûlante, de fer rougi, etc...

Ces phlyctènes sont ou trop régulières, ou trop irrégulières ; elles sont géométriques de contour, sont souvent limitées par des angles droits, par des cercles ou des segments de cercles parfaits qui jettent immédiatement un doute dans l'esprit de l'observateur. C'est ainsi que nous avons pu dépister la cause réelle d'un pemphigus qui durait depuis plus de deux ans chez une jeune fille. Elle avait eu l'imprudence de déposer le liquide vésicant en raies presque parallèles à la partie inférieure de la jambe.

Escarres. Gangrène. — Il arrive parfois que l'agent caustique ne détruit pas seulement l'épiderme, mais les couches superficielles ou même moyennes et profondes du derme. Il se forme ainsi des escarres « blanches avec l'acide phénique, jaunes avec l'acide nitrique, noirâtres avec la potasse », qui s'éliminent peu à peu et tombent en laissant d'abord une plaie qui se répare, puis une cicatrice plus ou moins marquée suivant la profondeur du processus.

Ulcères. — Une fois produite, l'ulcération, surtout quand elle siège à la jambe, peut être savamment entretenue par des applications irritantes (feuilles de clématite ou herbe aux gueux, ou pommades vésicantes).

Que d'éruptions dites pemphigus nerveux ou pemphigus des hystériques, gangrène hystérique, troubles trophiques, etc... qui ne sont que des éruptions artificielles !

Chromidrose. — Nous avons longuement observé une jeune fille qui était atteinte d'une chromidrose ocre des plus intenses de toute la figure. Depuis plusieurs années elle simulait cette affection.

Rien de plus fréquent que ces chromidroses simulées : « Elles sont noires, grises, bleues, ardoisées, jaunes, rouges, vertes. Elles siègent toujours, comme toutes les éruptions simulées, en des régions accessibles à la main. Elles occupent très souvent le visage, où elles sont généralement disposées symétriquement : leur lieu d'élection est aux paupières... sur les joues ou les oreilles... autour du sein et de l'ombilic, au dessus du pubis, parfois au scrotum... Comme pour toutes les éruptions simulées, la configuration des épichromies est le plus souvent géométrique, arrondie ou ovoïde, parfois triangulaire à angles arrondis, en croissant, etc... » (Thibierge, *loc. cit.*)

Alopecies. — Nous avons vu des enfants se couper ras les cheveux en certaines régions pour simuler une maladie du cuir chevelu : nous en avons vu d'autres s'arracher des cheveux de manière à simuler des plaques de pelade (voir en outre l'article *Trichotillomanie*).

Ces supercheries se reconnaissent facilement par la trace des coups de ciseaux et l'irrégularité des cheveux coupés quand on s'est servi de ciseaux, par l'absence de cheveux cassés ou massués, ou fragiles au niveau des plaques et sur leur pourtour, si l'on a arraché les cheveux. En outre, si l'épilation date de quelques jours, la surface glabre est criblée de petits points noirs formés par les cheveux qui repoussent.

Diagnostic. — Nous serons bref sur ce point.

Il n'y a qu'à songer à la simulation : dès que l'on y pense, il est facile de la reconnaître. Pour un œil exercé, la dermatose simulée a une physionomie antinaturelle qui frappe tout d'abord. Les lésions sont ou trop régulières, ou trop irrégulières, trop géométriques, trop angulaires, trop nettement arrondies : il y a des bavures vers les bords, des prolongements ne répondant à aucun type connu, et dus à un écoulement du liquide caustique. Elles sont trop exactement symétriques, ou parallèles. Elles sont monomorphes. Elles siègent en des régions toujours facilement accessibles au toucher, tandis que les régions que le malade ne peut atteindre restent indemnes.

Parfois on peut retrouver sur les téguments des fragments de la substance nocive.

Dès que l'on a des soupçons, on doit pratiquer des pansements occlusifs hermétiquement cachetés, ou exercer une surveillance des plus actives, de tous les instants.

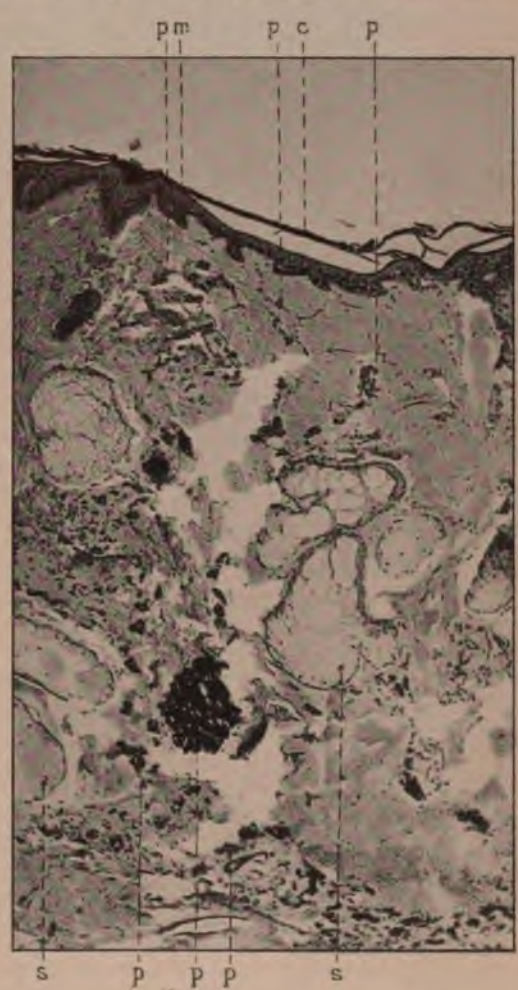


Fig. 47. — Tatouage. (Peau du front d'un Malgache séborrhéique et tatoué).

c, couche cornée en desquamation. — *m*, corps muqueux de Malpighi, Epiderme. — *s*, glandes sebacées un peu hypertrophiées. — *p,p*, très nombreux corpuscules noirs constituant le tatouage. Il n'y a autour d'eux aucune réaction inflammatoire.

Tatouage. — Le tatouage consiste à introduire dans les couches supérieures du derme diverses matières colorantes insolubles dont les particules restent indéfiniment à la place où on les a déposées, et qui constituent ainsi des stigmates indélébiles le plus souvent sous la forme d'inscriptions ou de dessins à une ou à plusieurs couleurs.

Il y a des tatouages professionnels : ce sont ceux des piqueurs et rhabilleurs de meules de moulins, tatouages qui sont dus à la pénétration dans l'épaisseur du derme du dos des mains de particules en acier qui deviennent de l'oxyde de fer

dans la peau, et qui prennent une teinte d'un brun foncé ; ceux des cantonniers ou casseurs de pierres dus au silex ; ceux des charbonniers et des mineurs dus aux particules de charbon et qui siègent à la face et aux mains.

Il y en a d'accidentels, comme ceux qui résultent d'explosion de poudre de chasse, ou de mine (tatouages de la figure et des mains), de pansements de plaies avec des poudres colorées, etc...

Mais les tatouages de beaucoup les plus fréquents sont ceux qu'on se fait faire par des individus qui exercent soit d'une manière accidentelle, soit d'une manière permanente la profession de tatoueurs.

Fig. 48. — Tatouage du pli du coude et de l'avant-bras.

Ils se servent pour tatouer d'un faisceau d'aiguilles qu'ils trempent dans une solution d'encre de Chine, et avec lesquelles ils pratiquent des piqûres, fines, disposées linéairement de façon à figurer des lettres, des dessins d'ornement, des fleurs, des figures. On peut aussi employer de la poudre de chasse écrasée, de l'encre à écrire, du bleu de blanchisseuse, du charbon, du carmin, du vermillon, du bleu de Prusse, etc..., mais la plupart de ces substances tiennent moins que l'encre de Chine.

Le tatouage pratiqué sans soins peut entraîner certaines complications telles que des lymphangites, des abcès, des phlébites, des suppurations diverses, des escarres, des chéloïdes, etc..., mais surtout l'inoculation de la syphilis ; cet accident relativement assez fréquent tient à ce que les tatoueurs délaient la substance colorante avec leur salive, et mettent dans leur bouche les aiguilles dont ils se servent.

On a essayé dans ces derniers temps de pratiquer le tatouage dans un but thérapeutique : on a tatoué des nævi pigmentaires, des plaques vitiligineuses de la peau, des leucomes de la cornée, etc...

Traitement. — Pour arriver à faire disparaître les tatouages, on a employé à peu près sans succès les vésicatoires volants, les cautérisations avec des acides plus ou moins concentrés, les tatouages blancs avec des poudres d'émaux, les tatouages avec le lait, l'huile phéniquée, la teinture de cantharides, le tannin seul, l'acide acétique, l'oxalate acide de potasse, le nitrate acide de potasse, etc.

Le fer rouge bien manié et agissant à une profondeur suffisante peut les détruire ; mais il en résulte souvent des cicatrices vicieuses, et, à moins d'exécuter des délabrements considérables, on reproduit précisément ainsi le dessin que l'on voudrait anéantir.

Variot, après de nombreux essais, a proposé ce qui suit :

Il verse d'abord sur les parties de peau tatouées une solution concentrée de tannin ; puis, à l'aide d'un jeu d'aiguilles analogues à celui dont se servent les tatoueurs, il fait des piqûres serrées sur toute la surface à décolorer.

Il passe ensuite le crayon de nitrate d'argent ordinaire en frottant fortement sur toutes les parties qu'il a piquées au tannin. Il laisse pendant quelques instants la solution concentrée de sel d'argent agir sur l'épiderme et le derme jusqu'à ce

que les piqûres se détachent en noir foncé. Il essuie alors : la surface tatouée est devenue noire par la formation d'un tannate d'argent bientôt réduit qui s'est produit dans les couches superficielles de la peau. Dans les premiers jours qui suivent la cautérisation, il y a une légère réaction inflammatoire avec une sensibilité variable. Puis, les jours suivants, toutes les parties piquées au tannin et cautérisées au nitrate d'argent prennent une teinte noire foncée formant une sorte de croûte ou d'escarre mince, très adhérente aux parties profondes ; le troisième ou le quatrième jour après l'opération, les croûtes sont tout à fait indolores. Cependant si le tatouage est étendu, les mouvements de la partie tatouée peuvent devenir douloureux. Quelquefois il se fait un peu de suppuration au-dessous des escarres, mais jamais il n'y a de réaction inflammatoire vive. Au bout de quatorze à dix-huit jours, la croûte ou escarre superficielle se détache spontanément. Le derme et l'épiderme sont réparés au-dessous : on aperçoit à la place du tatouage une cicatrice superficielle rougeâtre qui se décolore progressivement : deux mois après l'opération, cette cicatrice n'est plus que fort peu apparente.

Brunet applique d'abord de l'ammoniaque pendant quinze minutes pour déterminer une vésication. Il enlève l'épiderme soulevé : il insensibilise à la cocaïne, et frotte les points tatoués avec le nitrate d'argent.

Nous avons employé l'électropuncture fine et surtout l'électrolyse avec un succès très relatif, car souvent il reste des cicatrices qui reproduisent en blanc mat la configuration du tatouage.

Quand le tatouage est minuscule, le plus simple est de l'enlever chirurgicalement.

SECTION II

ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES DE CAUSE INTERNE

(*Dermatites toxiques*)

Sous les noms d'*éruptions artificielles de cause interne* ou de *dermatites toxiques*, nous désignons toutes les éruptions causées par l'introduction dans l'économie soit par le tube digestif, soit par les poumons, soit par les téguments (frictions ou injections sous-cutanées) d'une substance nuisible quelconque, alimentaire ou médicamenteuse. Ce sont les *éruptions provoquées indirectes* ou *pathogénétiques par ingesta* de Bazin.

Comme nous l'avons dit plus haut, leur étude se relie intimement à celle des éruptions artificielles de cause externe. Certaines éruptions dues à des applications de médicaments sur les téguments sont à la fois des éruptions traumatiques par action directe sur la peau et des éruptions toxiques par absorption de la substance nocive et action nuisible de celle-ci sur tout l'organisme.

Ce sont les *susceptibilités individuelles* qui jouent ici le rôle le plus important : elle dominent complètement la pathogénie de ces dermatoses. *Elles gouvernent en*

partie l'apparition de l'éruption et la forme morbide que revêtent les manifestations cutanées ; cependant certaines substances provoquent l'apparition de lésions cutanées tout à fait spéciales, de telle sorte que l'on peut reconnaître parfois d'après l'aspect de l'éruption quelle est la substance qui l'a produite.

Symptomatologie générale. — Rien de plus variable que la symptomatologie des éruptions artificielles de cause interne. Elles peuvent être érythémateuses, urticariennes, papuleuses, vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, acnéiques, furonculeuses, anthracoïdes, etc.

On peut les grouper avec Tilden de la manière suivante :

1° *Plaques érythémateuses simples et fugitives* sans symptômes généraux, sans desquamation consécutive ; elles s'observent surtout à la suite de l'administration de la quinine, de l'antipyrine, du copahu, du cubèbe, de l'iodure et du bromure de potassium, du benzoate de soude, etc.

2° *Lésions érythémateuses un peu papuleuses*, ressemblant parfois à la rougeole, parfois aux diverses variétés de l'érythème polymorphe (quinine, antipyrine, copahu, iodure de potassium, chloral) ;

3° *Dermatites érythémateuses diffuses*, assez souvent accompagnées de phénomènes généraux avec desquamation consécutive, ressemblant souvent à la scarlatine (acide salicylique, quinine, opium, morphine, iodure de potassium, mercure, belladone) ;

4° *Éruptions urticariennes*, fréquemment combinées avec les formes précédentes et accompagnées de phénomènes généraux : (ce sont les plus fréquentes de toutes les éruptions artificielles de cause interne) (moules, copahu, quinine, acide salicylique, antipyrine, iodures et bromures, opium, morphine, chloral, arsenic, santonine) ;

5° *Éruptions purpuriques avec ou sans hémorragies des muqueuses* (quinine, acide salicylique, iodure de potassium, chloral) ;

6° *Éruptions papuleuses et papulo-pustuleuses acnéiques* (iodures et bromures).

Les formes suivantes sont beaucoup plus rares :

7° *Éruptions squameuses* (borax) (fort rare) ;

8° *Éruptions vésiculeuses eczématiformes* (bicarbonate de potasse, iodoforme) ;

9° *Éruptions bulleuses* ou *pemphigoïdes* (iodure de potassium surtout, bromure de potassium, copahu) ;

10° *Éruptions bulleuses et papillomateuses* (iodisme et bromisme végétant) ;

11° *Éruptions zostériennes* (arsenic ;)

12° *Éruptions pustuleuses* ;

13° *Éruptions furonculeuses* et *anthracoïdes* (iodures et bromures) ;

14° *Éruptions nodulaires* (id.) ;

15° *Gangrènes* (arsenic, ergot, iodure) ;

16° *Pigmentations* (arsenic, nitrate d'argent, acide picrique, antipyrine).

Il est souvent fort difficile de reconnaître à première vue que ces éruptions sont d'origine artificielle ; c'est possible cependant dans certains cas, grâce à la soudaineté de leur venue, après l'ingestion de telle ou telle substance, grâce à leur tendance à la disparition lorsqu'on en cesse l'emploi, tandis qu'elles reparaissent dès qu'on la reprend, grâce parfois au polymorphisme des phénomènes éruptifs comme dans certaines lésions érythémateuses, qui tiennent à la fois de la

rougeole, de la scarlatine, de l'érythème simple, de l'urticaire, grâce enfin, mais beaucoup plus rarement, à leurs localisations spéciales et à la nature même des lésions cutanées, comme dans les éruptions copahiques et bromiques (voir plus loin).

En résumé, dans tout cas d'érythème ne se rapportant pas de la façon la plus nette et la plus évidente à un type connu, dans tous les cas d'acné, d'induration tuberculeuse, phlegmoneuse, furonculeuse et anthracoïde de la peau, il faut soupçonner une éruption artificielle de cause interne et diriger une enquête des plus minutieuses dans ce sens.

Pathogénie. — On ignore absolument pourquoi certaines substances alimentaires ou médicamenteuses provoquent des éruptions chez certaines personnes et non chez d'autres, pourquoi, après avoir été employées par certains sujets pendant un laps de temps plus ou moins long sans le moindre accident, elles ne peuvent plus être ingérées par eux sans déterminer des crises éruptives. C'est ici que cet inconnu irritant pour l'esprit, mais indéniable, qui est la prédisposition individuelle, impose son existence avec le plus d'évidence.

A quoi peut tenir cette idiosyncrasie ? Quelles sont les circonstances qui la font varier chez une même personne ? Nous l'ignorons totalement.

On a dit que ces éruptions artificielles de cause interne étaient plus fréquentes chez les sujets dits arthritiques (voir *Généralités*), chez ceux qui présentent des fermentations gastro-intestinales, un mauvais fonctionnement du foie, de l'imperméabilité rénale, des troubles cardio-vasculaires ou nerveux, des troubles généraux de la nutrition, tels que le diabète, etc. Tout cela est possible, mais non prouvé d'une manière scientifique.

Il y a des prédispositions familiales, héréditaires, aux éruptions alimentaires ou médicamenteuses pour telle ou telle substance ; il y en a d'individuelles qui sont permanentes ou temporaires : il y en a de variables en ce sens que lorsque l'individu cesse d'être susceptible à une substance il le devient pour une ou pour plusieurs autres.

D'ordinaire il suffit d'une dose minime de la substance nuisible pour produire l'éruption. Parfois cependant les accidents cutanés ne surviennent qu'à la longue après l'ingestion de fortes doses ou de doses prolongées.

On a beaucoup discuté sur le mode de production des éruptions artificielles d'origine interne. Il est probable qu'elles ont une pathogénie complexe. Les unes se forment avec une telle rapidité qu'on est tenté d'en faire des dermatoses réflexes se produisant dès que le corps nuisible est en contact avec la muqueuse stomacale ; — d'autres semblent être le résultat de transformations chimiques diverses qui se font dans le sang, et qui agissent directement sur la peau, soit sur son système vasculaire, soit sur ses glandes, soit sur ses nerfs ; — d'autres paraissent être consécutives à l'action nuisible de la substance sur le système nerveux central ou périphérique, etc. ; — d'autres enfin semblent reconnaître à la fois ces diverses pathogénies. En résumé on ignore leur mode précis de production (voir sur ce point le très intéressant mémoire de A. Pasini sur la pathogénie des éruptions bromiques : *Annales de Dermat.*, janvier 1906, p. 1).

Ajoutons qu'il est parfaitement indifférent que la substance nuisible pénètre dans l'organisme par la voie rectale, pulmonaire, muqueuse, cutanée, ou hypodermique.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES DE CAUSE INTERNE ET FORMES MORBIDES SPÉCIALES QU'ELLES REVÊTENT

En énumérant les diverses substances qui peuvent donner lieu à ces dermatoses, nous signalerons en quelques mots, à propos des plus importantes, les aspects que peut revêtir l'éruption artificielle.

A. — Substances alimentaires

Nous devrions étudier ici l'influence des divers régimes et des divers aliments sur la peau ; mais cela nous demanderait de trop grands développements. Bornons-nous à signaler, parmi les substances alimentaires les plus nuisibles, les poissons de mer, tels que les dorades, carangues, harengs, poissons armés, anguilles, saumons, maqueraux, sardines, etc..., les coquilles de mer, surtout les moules qui donnent si souvent lieu à des éruptions d'urticaire et à de véritables phénomènes d'empoisonnement, les crustacés, les viandes fumées et salées, la charcuterie, le veau, les fromages salés et fermentés qui chez beaucoup de personnes sont une cause active d'acné ; le café, le thé, les liqueurs, les alcools, certains fruits acides, les amandes, les concombres, les fraises qui chez quelques sujets déterminent des poussées d'urticaire, le cresson, etc..., etc... ; à cet égard, les susceptibilités individuelles sont des plus bizarres (voir, pour d'autres détails, l'article *Régime* dans les *Généralités*).

On peut rattacher à ce premier groupe l'étude de la pellagre.

Pellagre. — « La *pellagre* est une affection chronique à évolution progressive que caractérisent, d'une part, un érythème atteignant les parties découvertes, et d'autre part, des désordres des voies digestives et du système nerveux, le tout aboutissant à une cachexie spéciale, où prédominent les troubles mentaux. Dans l'ensemble symptomatique qui constitue cette maladie, les lésions cutanées jouent un rôle secondaire, parfois même très effacé. » (Rist.)

Cette affection rentre donc complètement dans le domaine de la pathologie générale, et nous n'en dirons ici que quelques mots afin de fixer les caractères objectifs de l'érythème pellagreux.

Après beaucoup de discussions, on semble à l'heure actuelle adopter à propos de la pellagre vraie l'opinion formulée en 1810 par Marzari de Venise, et d'après laquelle *cette affection est due à l'alimentation presque exclusive par du maïs tardif peu mûr, souvent moisi au printemps, et renfermant dès lors une substance soluble dans l'eau, la zéine, et une oléo-résine dont l'ingestion détermine chez les animaux des accidents nerveux et digestifs analogues à ceux de la pellagre* (Lombroso et Erba.)

Telle est la doctrine du zéïsme.

L'érythème pellagreux, grâce aux travaux de Charcot et de Bouchard, n'est plus considéré que comme un érythème solaire banal survenant sur une peau prédisposée.

La pellagre se rattache donc par son étiologie première aux intoxications, et

par le mode de production de ses accidents cutanés aux éruptions artificielles de cause externe (voir plus haut.)

On tend de plus en plus à l'heure actuelle à ne considérer comme étant vraiment de la pellagre que les accidents qui surviennent chez les sujets intoxiqués par le maïs avarié, et on donne le nom de *pseudo-pellagre* ou de *pellagroïdes* aux cas dans lesquels cette pathogénie n'existe pas, mais que caractérisent au point de vue cutané de l'érythème de la face dorsale des mains, et au point de vue général une débilitation dépendant d'une cause quelconque.

La pellagre zéique s'observe surtout dans la Lombardie, dans le Tyrol autrichien, en Hongrie, en Pologne, et en France dans les Landes.

Symptômes de l'érythème pellagreux. — *L'érythème pellagreux* se produit sur les régions du corps qui sont habituellement découvertes. Il est surtout fréquent à la face dorsale des mains où il débute brusquement par une rougeur un peu sombre ou cramoisie qui disparaît par la pression : en quelques points, le processus congestif va jusqu'à l'extravasation sanguine (Raymond). Cet érythème s'accompagne de gonflement, de tension de la peau et de sensations de chaleur ou de brûlure. La face dorsale des deux dernières phalanges est presque toujours respectée (Raymond).

La rougeur s'arrête d'ordinaire à la face dorsale du poignet; cependant elle envahit parfois l'avant-bras jusqu'au coude. L'érythème peut siéger aussi à la face dorsale des pieds, au cou, à la partie supérieure de la poitrine, à la face chez les enfants et chez les femmes.

Il dure de dix à dix-huit jours : si la poussée est intense, il peut se compliquer de bulles de dimensions variables.

Après cette première période survient la desquamation qui se fait en lames foliacées grisâtres, plus rarement en squames furfuracées. En même temps l'érythème s'efface et la peau brunit, se pigmente par petites places, lesquelles s'agrandissent au fur et à mesure des nouvelles poussées érythémateuses, de telle sorte que les lieux d'élection de l'éruption finissent par prendre une teinte générale foncée brunâtre.

Les poussées érythémateuses se font le plus souvent en mars ou en avril, plus rarement en septembre.

Après une phase plus ou moins longue pendant laquelle les téguments sont ainsi épaissis et pigmentés, on voit survenir une troisième période (Raymond) qui est caractérisée par l'atrophie de la peau. « Les téguments se sèchent, se rident, se flétrissent : leur couleur se fonce encore davantage. Ils sont lisses ou plissés, luisants, et ressemblent alors beaucoup à la peau sèche, ratatinée de certains vieillards cachectiques. En prenant entre les doigts la peau de la main, on se rend compte de son amincissement extrême. »

Au point de vue anatomo-pathologique, il n'y a pas d'altération des filets nerveux, mais un processus de congestion et d'irritation légère et surtout une hyperkératinisation marquée avec atrophie du corps muqueux. » (Raymond, *Annales de Dermat.*, p. 627 et suivantes, 1889.)

Telles sont les altérations cutanées de la pellagre : elles se développent avec une facilité toute particulière chez les pellagreux sous l'influence des agents atmosphériques et en particulier du soleil. Elles ne constituent, comme nous l'avons dit, qu'une partie insignifiante de la symptomatologie de cette affection que caractérisent surtout des troubles du côté système nerveux, de l'appareil

digestif, et de l'état général. Aussi doit-on étudier la pellagre avec les grandes cachexies dans les ouvrages de pathologie interne.

Traitement. — L'érythème pellagreux sera localement traité par des applications émollientes et humides, quand la peau est très enflammée, puis par des pâtes protectrices épaisses, des emplâtres de zinc, des poudres, etc... On s'attachera surtout à protéger les parties atteintes contre l'action des rayons de soleil (voir, pour plus de détails, l'article *Érythème*.)

B. — Médicaments

Nous allons signaler, par ordre alphabétique, les principaux médicaments qui peuvent causer des éruptions (voir pour plus de détails, Pr. Morrow, *Drug Eruptions*, New-York, 1887).

Acide benzoïque et *benzoate de soude*. — Érythème avec desquamation, maculo-papules.

Acide boracique et *borate de soude*. — Érythème parfois fort étendu, rarement papules et bulles, éruptions eczémateuses.

Acide phénique. — Érythème, urticaire.

Acide nitrique. — Éruption pustuleuse.

Acide salicylique, salicylate de soude. — Éruptions érythémateuses, parfois fort intenses et prolongées, simulant l'érythème desquamatif scarlatiniforme, éruptions rubéoliques, urticariennes, vésiculeuses, bulleuses, pétéchiales, noueuses, pustuleuses. — Elles sont surtout érythémateuses et ressemblent à celles de l'antipyrine, de la belladone, du chloral, etc...

Acide tannique. — Érythème.

Aconit. — Éruption vésiculeuse, avec fourmillements et prurit violent.

Amandes amères. — Éruption urticarienne.

Anacardium. — Érythème, urticaire tubéreuse, eczéma vésiculeux.

Antimoine : tartrate d'antimoine et de potasse. — Urticaire, érythème, lésions vésiculo-pustuleuses.

Antipyrine. — L'antipyrine peut produire des éruptions fort diverses, importantes à cause de l'usage si répandu de ce médicament (voir la thèse de Poncetton, Paris 1904).

L'éruption la plus simple consiste en un *érythème en plaques petites*, irrégulières, légèrement surélevées : elles peuvent confluer de manière à former de vastes plaques. L'éruption peut même revêtir l'aspect de l'érythème scarlatiniforme. Toutes ces manifestations disparaissent d'ordinaire en quelques jours avec ou sans desquamations consécutives : elles simulent parfois la rougeole, la rubéole, la scarlatine. Il faut donc toujours songer à la possibilité d'une antipyrinide en présence de semblables éruptions.

L'antipyrine peut aussi provoquer l'apparition de l'*urticaire* : elle est fréquemment intense et généralisée.

Plus rarement surviennent des *vésicules* et des *bulles*, lesquelles se forment sur des taches érythémateuses et simulent l'érythème polymorphe. Ces lésions siègent en un point quelconque du corps, mais surtout aux parties génitales, aux lèvres, à la gorge : elles n'ont pas cependant tout à fait les mêmes localisations électives que l'érythème polymorphe véritable aux poignets, aux mains, au cou, à la face d'exten-

sion des grandes articulations. Elles se compliquent dans quelques cas de purpura. Le *purpura* peut d'ailleurs être directement provoqué par l'antipyrine. Il en est de même des *œdèmes localisés*.

Les éruptions érythémato-vésiculeuses et érythémato-bulleuses disséminées sans ordre que nous venons de décrire sont déjà assez spéciales comme aspect et permettent de soupçonner que l'antipyrine en est la cause provocatrice; il est toutefois impossible de les considérer comme étant absolument pathognomoniques de l'ingestion de cette substance; il n'en est pas de même des lésions cutanées que nous avons décrites en 1894 sous le nom d'*éruptions érythémato-pigmentées fixes* de l'antipyrine.

Elles sont caractérisées par des placards, d'ordinaire peu nombreux, assez souvent uniques, surtout lors des premières poussées, arrondis ou plutôt ovalaires, atteignant parfois d'assez grandes dimensions, jusqu'à huit centimètres de diamètre dans leur grand axe, isolés les uns des autres, et siégeant çà et là sur le corps sans aucune symétrie. Ils sont d'abord d'un rouge bistre, ne s'accompagnent que de sensations de cuisson ou de tension, rarement de prurit, puis ils deviennent tout à fait indolents; la rougeur disparaît peu à peu, et il persiste une teinte brunâtre plus ou moins foncée, pouvant aller jusqu'au noir après plusieurs poussées successives; parfois ils se phlycténisent et se rapprochent alors des éruptions bulleuses ci-dessus décrites. Presque toujours ils sont le siège d'une desquamation lamelleuse lorsque la teinte érythémateuse a disparu. Leurs bords sont assez nettement arrêtés : ils s'accompagnent parfois d'une tuméfaction accentuée des téguments qui paraissent épaissis, mais qui sont toujours mobiles sur les parties profondes. A mesure que l'on s'éloigne de l'époque du début, la pigmentation tend à s'effacer, et sur les petites plaques elle disparaît même assez vite au bout de deux ou trois semaines, pourvu que le malade ne prenne plus d'antipyrine; mais au niveau des grandes plaques, elle a de la tendance à persister plus longtemps; et, si le malade reprend du médicament, il se produit une nouvelle poussée érythémateuse congestive du côté de ces plaques anciennes, qui redeviennent rouges et dont la pigmentation semble s'accroître. Ce sont donc en somme des éruptions remarquables par leur circonscription, par leur pigmentation et par leur fixité.

Fig. 49. — Éruption érythémato-pigmentée fixe d'antipyrine (face palmaire de la main gauche).

Leur diagnostic s'impose dès qu'on en a vu un cas; elles ont été prises pour des sarcomes, pour des plaques de mycosis, etc... Nous conseillons vivement ceux que cette question intéresse à parcourir la thèse de F. Poncetton (1904) : on y trouvera un exposé complet des diverses théories pathogéniques qui ont été émises et en particulier un résumé des travaux d'Apolant.

Argent (nitrate d'argent) (*Argyrie*). — Chez les personnes qui prennent du nitrate d'argent ou tout autre sel d'argent à l'intérieur, il se développe parfois une coloration des téguments, presque toujours générale, mais beaucoup plus marquée aux points qui sont directement exposés à la lumière. Les muqueuses, telles que les conjonctives, la face interne des joues, peuvent être intéressées; d'après Duguet, le premier symptôme de l'argyrie serait même constitué par un liséré bleuâtre

situé aux gencives près de la dent, et analogue au liséré saturnin. La teinte de la peau dans l'argyrie est ardoisée, ou un peu brunâtre avec des reflets bleuâtres presque métalliques. Cette coloration, qui serait due à un dépôt d'argent métallique ou de sel d'argent dans les tissus, ne survient qu'après une administration longtemps prolongée de la substance; mais, une fois produite, elle est pour ainsi dire indélébile et résiste aux médications les plus variées, iodure de potassium à l'intérieur, lotions alcalines à l'extérieur, etc...

Cette teinte simule celle de la maladie d'Addison; cependant elle ne lui est pas tout à fait identique : elle est plus métallique, tire davantage sur le bleu ardoisé.

Le nitrate d'argent peut aussi produire des éruptions érythémateuses, papuleuses, prurigineuses.

Arsenic. — (Voir les mémoires récents de H.-G. Brooke et L. Roberts (1901), de Stark, de F.-H. Barendt, la thèse de Dupoux, etc...)

Fig. 50. — Mélanodermie arsenicale chez une jeune malade atteinte de psoriasis et traitée par de fortes doses d'arsenic.

L'arsenic peut provoquer de fort nombreuses éruptions. En 1901 on en a observé en Angleterre chez beaucoup de sujets à la suite de l'ingestion de bière renfermant de l'arsenic.

Les ouvriers qui manipulent les composés arsénicaux ont parfois des *ulcérations des muqueuses.*

A la suite de l'ingestion par la bouche ou des injections hypodermiques de préparations arsénicales diverses, y compris le cacodylate de soude et l'arrhénal, on a signalé des *érythèmes roséoliques*, *scarlatiniformes*, de véritables *érythrodermies exfoliantes généralisées* intenses, des *tuméfactions avec rougeur des téguments* simulant l'érysipèle, des *éruptions papuleuses, pétéchiales*, *urticariennes*, *vésiculeuses* et *bulleuses* semblant se rapprocher du type de l'érythème polymorphe, des éruptions *pustuleuses*, *ulcéreuses* et *croûteuses*, *gangréneuses*.

Il semble que le *zona* se développe avec une fréquence toute particulière chez les sujets qui sont soumis à la médication arsénicale.

Les deux manifestations cutanées de l'arsenicisme les plus intéressantes pour le dermatologiste sont les *mélanodermies* et les *kératodermies arsenicales*.

Mélanodermies arsenicales. — Il est très fréquent de voir se développer chez les personnes qui prennent de l'arsenic des pigmentations d'un jaune plus ou moins brunâtre qui va parfois jusqu'au brun sombre. Elles surviennent dans quelques cas avec une étonnante rapidité, au bout de quelques jours; plus souvent elles ne se développent qu'après un ou plusieurs mois de médication. Le dépôt de pigment

semble se faire surtout au niveau des régions de la peau qui sont lésées soit par une dermatose antérieure, soit par un traumatisme : il est imprudent de faire des applications irritantes sur les téguments des sujets qui sont soumis à une médication arsenicale. Il n'est pas rare, d'autre part, de voir chez des malades atteints de psoriasis, de lichen plan, etc... soumis au traitement par l'arsenic à hautes doses, chaque élément éruptif, quand il disparaît, être exactement remplacé par des taches pigmentaires plus ou moins foncées, de telle manière que la peau est en quelque sorte tigrée. Il est donc indiqué dans les dermatoses chroniques qui ont déjà par elles-mêmes une certaine tendance à la pigmentation, comme le prurigo, les dermatites polymorphes douloureuses, le psoriasis, le lichen plan, etc..., de n'administrer l'arsenic, surtout chez les jeunes filles, qu'après avoir prévenu les malades et leur famille de la possibilité de ce résultat. En dehors de ces circonstances, l'arsenic contribue puissamment à développer en certains points des téguments primitivement indemnes, tels que le front, la face, les épaules, le cou, etc... des pigmentations d'un jaune plus ou moins brunâtre, disposées par petites taches isolées ou par plaques irrégulières plus ou moins étendues. On est souvent consulté par les femmes pour ces petits accidents, et il convient de ne pas en méconnaître la pathogénie.

Kératodermies arsenicales. — Les *kératodermies* d'origine arsenicale sont maintenant bien connues (E. Besnier). Elles se localisent aux régions palmaires et plantaires et se caractérisent par une exagération des papilles dermiques qui sont recouvertes d'un épiderme corné d'une excessive épaisseur, jaunâtre, comme un peu translucide, donnant à l'œil et au doigt une sorte d'impression de succulence. Il semble en outre que la production morbide dans son ensemble soit constituée par une infinité de petites saillies verruqueuses pressées les unes à côté des autres.

On a signalé une certaine fréquence du *cancer épithélial* à la suite de l'administration prolongée de l'arsenic : cette dégénérescence se produirait d'ordinaire par l'intermédiaire d'un *papillome* dont le développement serait également favorisé par l'intoxication arsenicale chronique.

On a désigné sous le nom d'*acrodynie* une singulière maladie épidémique que caractérisent « des douleurs et des engourdissements dans les membres, plus particulièrement dans les extrémités inférieures, des troubles digestifs, des taches érythémateuses, parfois des papules, des phlyctènes suivies de desquamation, et plus rarement une coloration noirâtre de l'épiderme ». (E. Vidal.) On croit généralement que l'acrodynie n'était que de l'intoxication arsenicale chronique.

Balsamiques (*Copahu, cubèbe, santal*). — Les éruptions provoquées par ces substances, autrefois si fréquentes, sont devenues très rares depuis qu'on soigne beaucoup moins les blennorragies par les balsamiques. Il est remarquable de voir que parallèlement la fréquence des érythèmes dits blennorragiques a beaucoup diminué[1].

L'éruption la plus fréquente est l'érythème : elle est localisée aux poignets, aux mains, aux avant-bras, aux chevilles, aux genoux, à la poitrine, à l'abdomen, parfois elle occupe tout le corps. Elle est caractérisée par des taches rosées ou rouge vif, arrondies, parfois irrégulières, parfois coalescentes, prurigineuses. On a signalé des éruptions papuleuses, urticariennes, œdémateuses, vésiculeuses, bulleuses, pétéchiales.

[1] Nous n'avons jamais observé un seul érythème chez un blennorragique qui ne fût imputable à l'absorption d'un médicament quelconque. Or nous avons été neuf ans chef de service à l'ancien Lourcine, c'est dire que nous avons vu un certain nombre de blennorragiques.

Belladone et atropine. — Elles provoquent des éruptions érythémateuses, d'un rouge brillant, scarlatiniformes, prurigineuses, parfois papuleuses.

Bromures. — (Bromures de potassium, de sodium, d'ammonium, de strontium, de lithium.)

La pathogénie des éruptions bromiques a été admirablement étudiée par Pasini dans un travail des plus consciencieux qui a paru en janvier 1906 dans les *Annales de Dermatologie*. Il y décrit une transformation spéciale des cellules conjonctives qui présentent d'abord tous les caractères des cellules écumeuses d'Unna, puis qui acquièrent la propriété d'englober des globules blancs et d'exercer un pouvoir phagocytaire : aussi leur a-t-il donné le nom d'*écumo-phagocytes* ou *cellules écumo-phagocytaires*. D'après lui la substance toxique est le brome libre, qui provient des bromures et prend naissance par suite d'une condition pathologique spéciale qui lui paraît être de l'achlorhydrie gastrique. Il pénètre dans la circulation, arrive par l'intermédiaire des vaisseaux au contact des tissus, et exerce sur eux : 1° une action chimiotactique qui donne lieu à des manifestations appréciables même cliniquement, à la formation d'abcès leucocytaires ; 2° une action dégénérative qui s'exerce sur les cellules conjonctives et produit les lésions histologiques dont nous venons de parler (Pasini).

C'est surtout le bromure de potassium qui provoque les accidents cutanés. Ils sont multiples : les auteurs ont décrit des *érythèmes* qui s'observent vers les pieds, des *urticaires*, des *éruptions papuleuses*, *noueuses* semblables à l'érythème noueux, *vésiculeuses*, *bulleuses*, *squameuses*, *furonculeuses*, *papulo-pustuleuses*, c'est-à-dire *acnéiques*.

Ces dernières sont de beaucoup les plus fréquentes, surtout chez les sujets qui prennent du bromure d'une manière permanente et à haute dose comme les épileptiques. On voit survenir chez eux à la face, aux lieux d'élection de l'acné, sur la poitrine et dans le dos, parfois même sur le reste du corps, de la séborrhée, des comédons et une acné papulo-pustuleuse d'intensité variable, à éléments assez irréguliers de volume, mais parmi lesquels il y en a presque toujours de considérables, d'un rouge foncé ou violacé : ils sont suivis de cicatrices déprimées indélébiles dont la coloration violacée ne disparaît que fort lentement. Cette éruption tout particulièrement défigurante fait le désespoir de ces malades.

Fig. 51. — Éruption nodulaire de bromure de potassium ; partie inférieure et latérale de la face.

Parfois l'épiderme est soulevé par de la sérosité purulente, et il se forme ainsi d'assez larges ulcérations arrondies ou ovalaires, à fond irrégulier et bourgeonnant, qui ne guérissent qu'avec la plus grande lenteur, surtout quand elles siègent aux membres inférieurs.

Il est enfin une lésion éruptive tout à fait particulière au bromure, pathognomonique de l'administration de ce médicament, qui s'observe chez certains prédisposés, et qu'il convient de bien connaître malgré sa rareté, car elle est relativement sérieuse. Elle est constituée par des sortes de *papulo-tubercules géants*, de quelques millimètres à 2 ou 3 centimètres de diamètre, arrondis ou ovalaires, faisant une saillie de 1 à 3 ou 4 millimètres au-dessus du niveau normal des téguments, à

bords abrupts nettement arrêtés, d'un rouge plus ou moins violacé, à sommet en plateau aplati d'un rouge vif ou d'un rouge bistre, piqueté de points blancs et rouges qui ne sont que des papilles du derme fort hypertrophiées. Ce sont donc des papillomatoses géantes, de consistance molle, circonscrites, qui peuvent être sèches, qui plus souvent sont exulcérées, et qui se recouvrent parfois de croûtes épaisses, brunâtres, au-dessous desquelles on peut faire sourdre, par la pression, de petites gouttelettes de pus. Elles évoluent fort lentement, même après la suppression du bromure, et laissent des macules persistantes, parfois même des cicatrices indélébiles quand elles ont suppuré. Elles occupent souvent le visage et les membres, mais elles peuvent siéger sur tout le corps. Nous les avons observées plusieurs fois chez des enfants en bas âge dont la nourrice prenait du bromure de potassium.

On a recommandé comme antidotes l'arsenic, le sulfure de calcium, le salol, l'acide borique, etc.., et dans ces derniers temps la levure de bière, enfin des préparations auxquelles on a donné le nom de sérums antistaphylococciques. L'efficacité de tous ces produits est douteuse.

En soumettant les malades au régime déchloruré il semble que l'on augmente considérablement l'efficacité des bromures et qu'on évite en partie les accidents cutanés.

Calcium. — (Sulfure de calcium). Éruptions vésiculeuses, pustuleuses et furonculeuses.

Cannabis indica, haschisch. — Éruptions papuleuses et vésiculeuses.

Cantharides. — Éruptions érythémateuses et papuleuses.

Capsicum. — Éruptions érythémateuses.

Chloral. — L'éruption que produit le plus fréquemment le chloral est l'érythème : il revêt l'aspect d'une rougeur uniforme à la figure et à la surface d'extension des articulations : cependant il est parfois constitué par de petites plaques disséminées. Il peut être fort prurigineux. Il se complique dans certains cas d'éruptions urticariennes, scarlatiniformes, purpuriques, vésiculeuses. L'alcool, le thé, favorisent son apparition.

Chlorate de potasse. — Éruptions érythémateuses et papuleuses.

Chloroforme. — Purpura.

Cinchonine, quinine. — La forme éruptive la plus fréquente est l'érythème qui peut être simple, scarlatiniforme, rubéoliforme, érysipélatoïde, etc... ; il est localisé à la face et au cou, ou généralisé. On a aussi observé des éruptions urticariennes, papuleuses, lichénoïdes, vésiculeuses, eczématiformes, bulleuses, pétéchiales, gangréneuses. L'acide bromhydrique aurait une certaine action sur ces éruptions.

Conium. — Érythèmes, poussées quasi érysipélatoïdes, parfois papuleuses.

Digitale. — Éruptions érysipélatoïdes, érythémateuses, érythémateuses circinées, scarlatiniformes, desquamatives, papuleuses, urticariennes, prurigineuses.

Douce-amère. — Érythème, urticaire.

Exalgine. — Érythèmes généralisés, érythème bulleux.

Fer. — Éruption acnéique.

Goudron. — Éruptions érythémateuses, rubéoliformes, urticariennes.

Huile de foie de morue. — Éruptions vésiculeuses, miliaires, acnéiques.

Huile de ricin. — Érythème et prurit.

Iode. Iodures. (Iodures de potassium, de sodium, d'ammonium). — Tous les iodures peuvent donner lieu à des éruptions artificielles, mais les plus fréquentes de beaucoup sont celles qui sont causées par l'iodure de potassium. L'iode ne provoque qu'assez rarement des accidents cutanés ; cependant on doit se défier de

son administration soit pure, soit sous la forme de composés divers, tels que l'iodure de fer, la peptoniode, l'iodipin, le sirop iodo-tannique, etc... chez les sujets prédisposés à l'acné et à la séborrhée, car elle semble augmenter d'une manière assez nette l'intensité de ces dermatoses dans la majorité des cas. Par contre, l'iodure de potassium détermine l'apparition de certains accidents cutanés chez la plupart des sujets qui en prennent. Voici comment Pr. Morrow les classifie :

1° *Érythèmes diffus ou en plaques irrégulières* qui siègent au visage, aux bras, à la poitrine ; ils sont rarement généralisés. A la face ils s'accompagnent souvent de tuméfactions œdémateuses, surtout vers les paupières, de larmoiement, de coryzas, d'érythèmes des muqueuses nasales, buccales et pharyngées.

2° *Éruptions papuleuses et urticariennes.* — Elles siègent surtout aux extrémités, à l'hypogastre et au visage.

3° *Éruptions vésiculeuses et eczémateuses* (rares).

4° *Éruptions bulleuses, pemphigoïdes, végétantes.*

L'iodure de potassium peut provoquer l'apparition d'une véritable éruption de pemphigus. Quand on le donne à un sujet atteint d'érythème polymorphe à forme exsudative, il se produit fréquemment des poussées bulleuses intenses accompagnées de fièvre et parfois d'hémorragies. Cependant quelques auteurs ont prétendu avoir amélioré par ce médicament des dermatites herpétiformes. D'autre part on a publié des cas de véritables éruptions de dermatite herpétiforme avec éosinophilie qui ont été provoquées par l'administration de l'iodure de potassium.

Dans quelques cas le plancher de la bulle consécutive à l'ingestion de l'iodure de potassium végète, se papillomatise ; il se recouvre de croûtes épaisses, souvent noirâtres par hémorragies ; et l'on se trouve en présence d'accidents qui simulent le pemphigus vegetans, ou encore les syphilides végétantes. Ces lésions élémentaires, quand on continue l'administration de l'iodure, deviennent parfois extrêmement volumineuses, arrivent à avoir plusieurs centimètres de diamètre. Elles siègent surtout à la face, aux mains, aux avant-bras, à la bouche, mais elles peuvent envahir tous les téguments. Elles évoluent avec une extrême lenteur, et guérissent quelques jours ou quelques semaines après la suppression du médicament en laissant des cicatrices plus ou moins profondes ; parfois, à la face, elle entraînent de véritables mutilations. Quand on ne reconnaît pas la réelle nature du mal, quand on persiste dans la médication iodurée, les accidents cutanés se multiplient, prennent un développement extraordinaire, envahissent les muqueuses, deviennent hémorragiques ; le malade a de l'albuminurie, de la diarrhée, se cachectise graduellement et peut succomber.

5° *Éruptions papulo-pustuleuses.* — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes : ce sont elles qui constituent *l'acné iodo-potassique* si fréquente à la face, au cou, aux épaules, aux fesses de ceux qui prennent de l'iodure de potassium. Elles sont pour ainsi dire identiques comme aspect à l'acné vulgaire, peut-être cependant ont-elles une base d'un rouge plus vif, un type plus nettement inflammatoire.

6° *Éruptions anthracoïdes* (acné anthracoïde iodo-potassique d'E. Besnier). — Les folliculites iodo-potassiques peuvent affecter une forme plus grave que la précédente et prendre l'aspect de placards saillants, d'une grandeur qui varie de celle de l'ongle à celle d'une pièce de 5 francs en argent. Ces placards sont rouges, ou violacés, recouverts de croûtes jaunâtres ou noirâtres au-dessous desquelles se voient des orifices qui laissent sourdre du pus par la pression : l'aspect de la surface

de l'élément est légèrement papillomateux : en somme c'est une sorte d'anthrax superficiel d'où le nom qui lui a été donné.

7° *Gangrènes vraies de la peau.* — Elles ont été décrites par Audry (gangrène disséminée de la peau d'origine iodo-potassique, *Journal des mal. cut. et syph.* 1898, p. 81.)

8° *Éruptions pétéchiales ou purpuriques.* (Purpura iodo-potassique d'E. Besnier). — Nous les avons surtout observées sur les membres inférieurs sous la forme de petites taches purpuriques disséminées. Elles peuvent affecter les allures du purpura exanthématique rhumatoïde ou celles du purpura hémorragique à plaques étendues.

9° *Éruptions nodulaires ou tubéreuses.* — Elles forment des sortes de tumeurs ou mieux d'indurations rouges et douloureuses plus ou moins volumineuses ressemblant à des éléments d'érythème induré ; elles peuvent dans quelques cas suppurer et s'ouvrir comme des gommes.

10° *Éruptions polymorphes.* — On trouve parfois réunies chez le même sujet des lésions érythémateuses, papuleuses, papulo-pustuleuses, furonculeuses, etc...

Rappelons que dans quelques cas, dès le début de l'administration du médicament, il se produit de véritables phénomènes d'intoxication des plus intenses avec douleurs céphaliques, coryzas, angine, laryngite, tuméfaction et rougeur des paupières, des conjonctives, de la face. D'autres fois les éruptions ne surviennent qu'au bout d'un ou de plusieurs jours, d'une ou de plusieurs semaines. Souvent les petites doses sont plus mal tolérées que les fortes doses.

Comme antidotes on a préconisé l'arsenic, la belladone, l'atropine, l'eau de Vichy, le chocolat, les antiseptiques intestinaux, le salol, les levures de bière, les sérums antistaphylococciques (?), une hygiène alimentaire rigoureuse, etc..., mais en réalité on ne connaît pas de moyen vraiment efficace d'empêcher les éruptions de se produire.

Iodoforme. — Ce sont surtout des éruptions artificielles d'origine externe que produit l'iodoforme. Cependant on en a observé après son administration à l'intérieur. Les plus fréquentes sont l'érythème passager bénin ou l'érythème intense prurigineux, douloureux, fébrile, prolongé, scarlatiniforme desquamatif, quelquefois érysipélatoïde, plus rarement multiforme, ortié, papuleux, bulleux, vésiculeux ; on a aussi signalé des éruptions d'emblée vésiculeuses, bulleuses, eczématiformes, purpuriques.

Ipécacuanha. — Érythèmes, éruptions érysipélatoïdes.

Jusquiame. — Érythèmes avec ou sans œdème, prurit, urticaire, quelquefois éruptions scarlatiniformes.

Matico. — Érythème.

Mercure. Hydrargyrisme — Le mercure est une des subtances qui provoquent le plus fréquemment des éruptions artificielles. Toutes les fois qu'il existe chez un malade de l'érythème scarlatiniforme localisé aux grands plis articulaires, surtout aux aines, aux paumes des mains et aux plantes des pieds, toutes les fois qu'on est en présence d'une érythrodermie exfoliante généralisée à marche aiguë, il faut songer à l'intoxication hydrargyrique.

Tous les composés mercuriels peuvent provoquer ces éruptions. On les a signalées avec le sublimé, le protoiodure de mercure, le salicylate de mercure, le calomel, etc... Des doses infinitésimales peuvent suffire pour déterminer l'apparition d'éruptions de la plus grande intensité.

Joseph (*Derm. centr.*, oct. 1904, p. 2) a publié un fait d'exanthème mercuriel

consécutif à un plombage de dent avec un composé contenant du mercure. Nous en avons observé nous-même avec Martinet un autre exemple absolument incontestable.

On peut diviser les éruptions causées par le mercure en deux grands groupes. Les unes sont érythémateuses et vésiculeuses, les autres érythémateuses desquamantes.

A. *Éruptions érythémato-vésiculeuses* (dites eczémateuses).

On en a décrit trois degrés qui sont :

1° L'*Hydrargyria mitis*, dans laquelle on observe une rougeur érythémateuse légère, du prurit et quelques vésicules.

2° L'*Hydrargyria febrilis* que caractérise une rougeur plus intense, érysipélatoïde ou scarlatiniforme, sur laquelle apparaissent des milliers de petites vésicules ou vésico-pustules qui simulent parfois la variole et qui donnent lieu à des croûtes et à des desquamations plus ou moins prolongées ; il existe parfois du purpura aux points où l'éruption est le plus intense. Il est fréquent d'observer quelques phénomènes généraux.

3° L'*Hydrargyria maligna*, dans laquelle tous les symptômes précédents prennent un degré d'intensité de plus, et dans laquelle il peut survenir des angines avec sphacèle, des adénites, des abcès, des furoncles, des ulcérations gangréneuses, de l'abattement, du marasme, une terminaison fatale.

Ajoutons que ces formes éruptives sont relativement rares.

B. *Éruptions scarlatiniformes*. — Ce sont celles-ci qui sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles durent de quelques jours à quelques semaines et même plusieurs mois. Elles se circonscrivent parfois aux paumes des mains et aux plantes des pieds, déterminant ainsi des formes larvées dont l'origine échappe pendant longtemps à la sagacité des observateurs ; plus souvent elles siègent aux grands plis articulaires avec prédominance aux régions inguinales : elles peuvent envahir toute la surface du corps et revêtir tout à fait l'aspect des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs récidivants (voir ce mot). Il est probable que le plus grand nombre des cas de cette dernière forme morbide qui ont été publiés n'étaient que des cas d'hydrargyrie. Les téguments sont d'un rouge plus ou moins intense ; parfois vers les plis il peut y avoir un peu de suintement ; mais d'ordinaire les téguments sont parfaitement secs et desquament abondamment (voir pour les détails de l'éruption l'article *Érythème scarlatiniforme*). Il est assez rare que l'état général soit grave. On peut cependant observer de la diarrhée, de l'albuminurie, de la fièvre, etc...

Quand ces intoxications s'accompagnent de stomatites graves, d'anorexie, d'épuisement, elles peuvent même avoir assez rapidement une issue fatale, mais la guérison est la règle.

Noix vomique, strychnine. — Prurit, fourmillements, érythème scarlatiniforme.

Opium, morphine. — Éruptions érythémateuses plus ou moins intenses, scarlatiniformes desquamatives, papuleuses, prurigineuses, urticariennes, rarement ulcéreuses. — Les injections sous-cutanées de morphine peuvent laisser des nodules indurés, simulant des tubercules ou des tumeurs de la peau. Les sujets soumis aux injections de morphine ont assez souvent du prurit violent sans lésions cutanées appréciables.

Phosphore. — Éruptions bulleuses.

Plomb. — Érythème, pétéchies.

Santonine. — Éruptions urticariennes, vésiculeuses.

Soufre. — Éruptions érythémateuses, papuleuses, eczématiformes, furonculeuses.

Stramonium. — Érythème scarlatiniforme, érysipélatoïde, pétéchies.

Sulfonal. — Éruptions roséoliques, scarlatiniformes, purpura.

Tanacetum (*Tanaisie*). — Éruption varioliforme. (Rare.)

Thallium. (Acétate de) — Alopécies pouvant être généralisées, d'ordinaire symétriques, sans rougeur ni douleur des régions velues, extrêmement rapides.

Térébène. — Éruptions érythémateuses, papuleuses, fort prurigineuses.

Térébenthine (Essence de). — Les éruptions les plus fréquentes sont érythémateuses fort intenses, avec teinte livide, avec papules et papulo-vésicules, puis papulo-pustules minuscules. Parfois urticaire.

Toxines et antitoxines microbiennes. Sérums animaux — La tuberculine de Koch détermine des éruptions roséoliques, urticariennes, érythémateuses, scarlatiniformes, rarement vésiculeuses. — Le sérum antidiphtérique, le sérum antitétanique, les sérums provenant des divers animaux (car on croit que c'est plutôt le sérum de l'animal lui-même que les antitoxines qu'il contient qui provoquent les éruptions) peuvent produire des érythèmes rubéoliformes, scarlatiniformes, urticariens, purpuriques, prurigineux.

Veratrum viride. — (Éruptions érythémateuses, pustuleuses.)

Yohimbine. — Éruption généralisée prurigineuse, roséolique, maculeuse et papuleuse (G. Coulon).

Traitement. — Le traitement de toutes ces éruptions médicamenteuses ne saurait être que prophylactique. Il faut immédiatement (quand on le peut) cesser de donner la substance nuisible, et, quand la susceptibilité du malade au médicament est extrême, ne plus l'employer chez lui.

Presque toujours cette suppression de l'agent toxique suffit pour que les accidents cutanés disparaissent rapidement. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et cela pour les raisons multiples suivantes :

1° Parce que le médicament n'est éliminé que lentement ; 2° parce que les lésions cutanées produites ont une évolution propre assez longue, comme certains des accidents que causent les bromures et les iodures ; 3° parce que, dans certains cas, l'ingestion du médicament n'est en quelque sorte que la cause occasionnelle de l'apparition d'une dermatose de longue durée. C'est ainsi qu'une seule pilule de protoiodure peut déterminer une éruption scarlatiniforme desquamative en tout semblable à l'érythème scarlatiniforme desquamatif, ou même à la dermatite exfoliative généralisée. Nous ne pouvons que répéter ici ce que nous disons au début de cet article : ce sont les prédispositions individuelles qui font tout : le médicament peut ne jouer que le rôle de cause occasionnelle réveillant la disposition de l'organisme à une dermatose donnée, en particulier à un érythème scarlatiniforme.

On a donc cherché : 1° à faciliter l'élimination du médicament ; 2° à en combattre les effets nuisibles par des antidotes ; 3° à modifier la lésion cutanée elle-même.

1° Il faut s'efforcer d'activer tous les émonctoires ; il faut en particulier agir sur les reins par les diurétiques et sur le tube digestif par les laxatifs.

Dans cet ordre d'idées, nous ne saurions trop préconiser : *a*) le régime lacté complet associé à l'eau de Vichy, à l'eau de Vals, à l'eau de Vittel, etc... ; *b*) les grands lavages quotidiens ou biquotidiens de l'intestin avec de l'eau bouillie.

Quand on abandonne le régime lacté complet, il faut ne reprendre que très

progressivement le régime ordinaire en commençant par les végétaux, le poulet, etc... ;

2° On ne doit pas attacher trop d'importance aux prétendus antidotes que l'on a préconisés; cependant il en existe quelques-uns qui semblent avoir un peu d'efficacité : nous les avons mentionnés à propos de chaque substance;

3° Quant au traitement local des éruptions, on se bornera le plus souvent à donner des bains calmants, à faire des lotions émollientes et antiprurigineuses et à saupoudrer avec de la poudre d'amidon, de lycopode, ou avec une poudre minérale s'il y a trop de suintement. On pourrait aussi appliquer d'abord quelques pommades calmantes, comme la belle vaseline, le cérat frais, l'axonge fraîche, etc..., pures ou additionnées d'oxyde de zinc de manière à en faire des pâtes, puis saupoudrer par-dessus. Nous renvoyons, pour plus de détails sur ce point, au chapitre des *E uptions artificielles de cause externe*.

ENTITÉS MORBIDES VRAIES

CLASSE II

DERMATOSES PARASITAIRES

On donne le nom de *Dermatoses parasitaires* aux affections cutanées qui sont causées par les animaux et les végétaux parasites de l'homme.

Ces maladies se divisent donc tout naturellement en deux grands groupes.

I. *Les Dermatoses causées par les Parasites animaux de l'homme;*

II. *Les Dermatoses causées par les Parasites végétaux de l'homme.*

SOUS-CLASSE I

DERMATOSES CAUSÉES PAR LES PARASITES ANIMAUX

Les parasites animaux de la peau et des muqueuses de l'homme ne sont pas extrêmement nombreux. La plupart des auteurs qui les ont étudiés les ont groupés d'après leur classification zoologique.

En voici la *nomenclature* d'après ce principe[1] :

EMBRANCHEMENT DES ARTHROPODES

CLASSE DES ARACHNIDES

Ordre des acariens.

Famille des Sarcoptidés;

Acare. — (Sarcoptes scabiei var. hominis.) *Parasite de la gale humaine.*

Sarcoptes scabiei crustosæ (parasite de la gale norvégienne).

[1] Ce tableau est emprunté en grande partie à l'ouvrage de W. Dubreuilh et L. Beille : Parasites animaux de la peau humaine (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoires*, Masson).

Sarcoptes scabiei var. suis (parasite de la gale du porc).
Sarcoptes scabiei var. equis (parasite du cheval).
Sarcoptes notœdres (S. minor) (parasite du chat, du rat et du lapin).
(Ces trois derniers sarcoptes causent chez l'homme les gales d'origine animale.)

Famille des sarcoptides détritiicoles :
Genre glycyphagus ; glycyphagus ornatus.

Famille des Ixodidés :
Les Ixodes. — Ixodes Reduvius ou ricinus (chien).
— Hexagonus (chien, mouton, bœuf).
— Œgyptium.
— Sanguineus (mouton, bœuf, chien et chat).
— Reticulatus.
— Mixtus (garapatte d'Amérique).
Les Argas. — Argas Marginatus seu reflexus.
— Persicus (Perse.)
— Tholozani (Perse).
— Moubata (Angola).
— Savigny (Egypte).
— Chinche (les chinches de Colombie.)
— Talaje (les talajes du Mexique.)
— Megnini (Mexique).
— Turicata du porc (Mexique).

Famille des Demodécidées :
Demodex folliculorum.

Famille des Trombididés :
Rouget (Leptus autumnalis, Trombidium autumnale, Tetranycus autumnalis).

Famille des Gamasidés :
Dermanysse des volailles (Dermanyssus Gallinæ, Pulex gallinæ, Acarus gallinæ, Dermanyssus avium).

CLASSE DES INSECTES

Ordre des hémiptères.

Sous-ordre des hétéroptères.
Punaise des lits (Cimex lectularius, acanthia lectularia).
Punaise arrondie (A. rotundata).
Punaise ciliée (A. ciliata).

Sous-ordre des aptères (Poux ou Pédiculidés) :
Pou de tête (Pediculus capitis).
Pou des vêtements (Pediculus humanus corporis; Pediculus vestimenti; Pediculus corporis; Pediculus tabescentium).
Pou du pubis (Phtirius pubis, Pediculus pubis, Pediculus inguinalis, vulgo morpion).

Ordre des diptères.

Larves cuticoles du sous-ordre des Brachycères :

Muscides.

Sarcophaga carnaria ou Sarcophaga Wohlfarti (Russie).

Lucilia hominivorax (Amérique centrale).

Œstrides.

Sous-famille des œstridés cuticoles.

Hypoderme du Bœuf (Hypoderma bovis, œstrus bovis, œstrus subcutaneus).

Hypoderma diana.

Sous-famille des *Cutérébrinés cuticoles.*

Ver macaque (Dermatobia noxialis).

Berne ou Torcel (Dermatobia cyaniventris).

Ver du Cayor (Ochromya antropophora).

Larve de gastrophile (Larva migrans) ?

Sous-ordre des Nématocères :

Moustiques.

Cousin commun (Culex pipiens).

Cousin annelé (Culex annulatus).

Anophèles.

Sous-ordre des Aphaniptères :

Puce irritante (Pulex irritans, Puce de l'homme).

Pulex serraticeps.

Pulex goniocephalus.

Pulex avium.

Puce pénétrante ou chique. (Pulex penetrans, Rynchoprion penetrans, Sarcopsylla penetrans) (Nigua du Mexique, Pigno du Brésil, Bicho des pes des colonies portugaises).

EMBRANCHEMENT DES VERS OU HELMINTHES

CLASSE DES PLATHELMINTHES

Ordre des Cestodes.

Tœnia echinococcus. — Cysticerque ladrique.

CLASSE DES NÉMATHELMINTHES

Ordre des Nématodes.

Famille des Strongylidæ :

Genre uncinaria. — Uncinaria duodenalis (Ankylostome duodénal.)

Famille des Filaridæ :

Genre Filaria. — Filaria medinensis (Filaire de Médine).

Filaria Bancrofti, etc... (Filaire du sang. Eléphantiasis[1]).

[1] L'éléphantiasis est décrit aux tableaux d'ensemble et syndromes inclassables.

Famille des Anguillulidæ :
Genre Rhabditis. — R. Niellyi (Craw-Craw).

EMBRANCHEMENT DES PROTOZOAIRES

CLASSE DES FLAGELLÉS

Trypanosomes. — Bouton d'Orient, peut-être Ulcère du Veld.

CLASSE DES SPOROZOAIRES

Les hémosporidies. — Les hématozoaires du Paludisme[1].

Au lieu de suivre le mode de groupement qui précède, nous prendrons le suivant qui est beaucoup moins scientifique, mais beaucoup plus médical.

Nous classifierons les parasites animaux d'après les lésions qu'ils provoquent :

A. Parasites superficiels ou épizoaires. — Poux, punaise des lits, puce commune, cousins, demodex, actinies (maladie des pêcheurs d'éponges), crabes (Erysipeloïd).

B. Parasites fixes, intracutanés ou dermatozoaires vrais. — Acare de la gale, ixodes, argas, rouget, dermanysses, muscides, œstrides, puce chique, larva migrans.

C. Parasites pouvant infecter l'organisme tout en causant des lésions cutanées. — Les cysticerques, les filaires, les ankylostomes, les trypanosomes, les hémosporidies parasites.

A. — ÉPIZOAIRES

PHTIRIASE

On donne le nom de *phtiriase* à l'ensemble des lésions cutanées produites par les *poux,* parasites de l'homme.

Nous n'examinerons pas les théories anciennes de la phtiriase d'après lesquelles cette affection serait d'origine constitutionnelle. Il est reconnu depuis longtemps que le pou provient toujours d'un œuf pondu par un autre pou, et que par conséquent la phtiriase est toujours d'origine externe. Ce qui est vrai, c'est que les poux se développent avec la plus grande rapidité chez certains sujets, en particulier chez les cachectiques, les débilités, pendant les grandes pyrexies, et même sur les cadavres. C'est la maladie de la misère, de l'incurie, de la malpropreté et de la déchéance organique.

Description des poux. — Nous n'insisterons pas sur l'histoire de ces parasites; il n'est pas en effet très utile d'en connaître les détails pour comprendre l'affection dont ils sont la cause. Ce sont des insectes aptères, sans métamorphoses, dont la

[1] Nous laisserons systématiquement de côté certains animaux qui peuvent accidentellement s'attaquer à l'homme, comme les sangsues, les serpents, etc..., mais qui ne sauraient vraiment pas être considérés comme des parasites humains. Par contre, nous dirons quelques mots des effets produits sur la peau par les abeilles, les guêpes, les frelons, et par certains animaux marins, crabes, actinies.

bouche est pourvue de mandibules pouvant saisir la peau pour se fixer et d'un rostre qu'ils enfoncent ensuite dans la plaie pour y sucer leur nourriture.

On en distingue trois variétés qui diffèrent entre elles par leur aspect, par leurs habitudes et par les lésions qu'elles déterminent. Ce sont : 1° les *poux de tête* (*pediculi capitis*), dont l'habitat exclusif est la chevelure; ils sont d'un gris ou d'un blanc cendré, allongés, de 1 à 2 millimètres de long. Ils déposent leurs œufs sur les poils sous forme de lentes, lesquelles sont nombreuses et disposées en chapelet.

Fig. 52. — Pediculus capitis.

2° Les *poux du corps* ou mieux *des vêtements* (*pediculi corporis seu vestimentorum*); ils sont d'un blanc sale, plus longs et plus gros que les poux de tête, et peuvent atteindre jusqu'à trois millimètres de longueur. Ils déposent leurs œufs dans les vêtements qui sont leur habitat ordinaire. Le pou des malades (*pediculus tabescentium*) que certains naturalistes ont décrit à part, doit être rapproché du pediculus corporis. Ces deux premières variétés appartiennent à un même genre dans lequel le thorax est plus étroit que l'abdomen. Ce sont les poux véritables (*genre pediculus*).

3° Les *morpions* (*pediculi pubis*) qui peuvent envahir toutes les régions pileuses

Fig. 53. — Pediculus vestimenti.

du corps, à l'exception du cuir chevelu, forment un autre genre (*genre phtirius*)

dans lequel le thorax est plus large que l'abdomen. Ils sont d'un gris clair, arrondis, de 2 millimètres de long sur 1 millimètre et demi de large; ils ont de fortes pattes à ongles solides au moyen desquels ils se cramponnent à la peau : ils déposent leurs œufs sur les poils sous forme de lentes.

Fig. 54. — Phtirius pubis.

Nous allons étudier successivement les lésions que produisent ces animaux.

1° Poux de tête.

Étiologie. — Les poux de tête peuvent s'observer à tout âge, surtout chez la femme. On doit même poser comme règle absolue de les rechercher chez toutes les femmes, quelle que soit leur condition sociale, qui viennent consulter pour des démangeaisons du cuir chevelu, surtout lorsque le prurit siège vers les régions occipitales et rétro-auriculaires. Leurs victimes habituelles sont les enfants des deux sexes qui vont aux écoles primaires; il y a de nombreuses localités où tout enfant allant aux crèches, aux écoles maternelles et primaires, est sûrement contaminé. D'ailleurs il règne encore dans certains pays le préjugé qui veut qu'un enfant pour bien se porter doit avoir des poux de tête.

Il est certain que pour les poux de tête comme pour les poux de corps les divers sujets présentent des terrains de développement plus ou moins favorables. Mettez un pou sur une table autour de laquelle se trouveront plusieurs personnes, et presque toujours l'animal se dirigera vers le même individu (expérience de R. Crocker).

L'habitat du pou de tête est exclusivement la chevelure : cependant Lydston a relaté un cas de localisation de cette espèce à la région génitale chez une jeune fille.

Symptômes. — Les *poux de tête* irritent par leurs piqûres le follicule pileux et causent des démangeaisons intolérables : il se fait d'abord une petite hémorragie locale, puis une sécrétion séreuse, enfin apparaissent des pustules, des croûtes ou bien des papules excoriées de prurigo. Ces dernières lésions, mélangées à des traces de grattage, se voient surtout vers la nuque, qui est le siège de prédilection des parasites. D'ailleurs le sujet réagit contre le parasite d'une manière tout à fait différente suivant son âge et sa constitution. Chez l'adulte vigoureux, la présence des poux n'est dénotée que par de simples démangeaisons, des papules excoriées, çà et là disséminées dans la tête et sur la partie postérieure du cou, et par des lentes dans les cheveux. Chez les eczémateux, il peut se développer à cette occasion une dermite eczémateuse. Chez les lymphatiques il peut survenir des pustules, des dermites avec sécrétion séro-purulente qui se concrète en croûtes jaunâtres, lesquelles restent adhérentes aux cheveux, et forment ce que l'on est convenu d'appeler l'*impetigo granulata*. Cette dernière lésion est fréquente chez les enfants. C'est en effet chez eux, surtout lorsqu'ils sont blonds, que la dermite polymorphe causée par la phtiriase (excoriations, eczéma plus ou moins enflammé et suintant, vésico-pustules impétigineuses ou ecthymateuses, adénites, lymphangites, abcès, etc.) atteint son maximum d'intensité.

Rien de plus fréquent que de voir les lésions d'impétigo envahir chez eux les oreilles et la face. C'est une règle en clinique de rechercher la phtiriase chez les enfants qui ont de l'impétigo du visage.

Le *diagnostic* de la phtiriase ne se discute pas, il se constate : on doit rechercher les parasites, et, à leur défaut, les lentes vivantes attachées à la base des cheveux : on les trouve surtout vers la nuque, derrière les oreilles. Les lentes vivantes sont d'un gris d'acier, rebondies : les lentes vides et mortes sont flasques, d'un blanc mat.

Les lentes ont une forme utriculaire arrondie et figurent une besace latérale au cheveu. Il y a parfois des squames de pityriasis qui engainent les poils et qui peuvent les simuler : mais ces dernières glissent facilement le long du cheveu, tandis que la lente lui adhère fortement.

Traitement. — Nous n'insisterons pas sur la nécessité qu'il y a à soigner l'état général des débilités et des lymphatiques, et nous nous occuperons surtout du traitement local, de beaucoup le plus important.

Chez l'homme adulte, si les parasites sont peu nombreux, il suffit le plus souvent de nettoyer la tête : on la savonne soit avec de la décoction de bois de Panama, soit avec de l'eau de feuilles de noyer et du savon de goudron, ou du savon phéniqué; puis on lave les cheveux avec une solution de sublimé acétique au trois centième ou au cinq centième, et on peigne souvent au peigne fin. Si les parasites sont trop nombreux, on coupe les cheveux ras, puis on savonne la tête matin et soir pendant deux ou trois jours.

Chez la femme, il ne peut être question de couper les cheveux. S'il y a peu de parasites, on fait à peu près le même traitement que chez l'homme : on savonne la tête, on lotionne les cheveux avec une des solutions de sublimé dont nous venons de parler; puis on peigne au peigne fin. On peut aussi saupoudrer la tête avec de la poudre de staphisaigre, de pyrèthre, ou avec du soufre pulvérisé (Hardy).

Pour arriver à enlever les lentes, on fait des lotions avec du vinaigre chaud, qui a la propriété de dissoudre la chitine et de rendre par suite les œufs moins adhérents; puis on peigne avec un peigne très fin, en acier.

Nous ne saurions trop approuver comme lotion antipédiculaire, la formule que l'on emploie à Copenhague, et qui contient 1 gramme de sublimé pour 300 grammes de vinaigre.

Quand les poux sont très nombreux, quelques dermatologistes aiment mieux employer les pommades. C'est ainsi qu'E. Vidal prescrivait dans ses leçons : 1° de faire, le premier jour, une friction sur tout le cuir chevelu avec de l'onguent napolitain ; 2° le lendemain une lotion savonneuse ; 3° le troisième jour des onctions avec le glycérolé cadique fort (voir pour la formule l'article *Psoriasis*).

On continue pendant deux jours l'usage de cette pommade. Ce traitement est complet : la préparation mercurielle tue les parasites et atteint même leurs œufs, et le glycérolé cadique, outre son action parasiticide, est un excellent topique pour les lésions cutanées. Malheureusement, les frictions d'onguent napolitain sont quelquefois mal tolérées et donnent lieu à des phénomènes d'intoxication.

On peut aussi employer comme parasiticide le naphtol en lotions, en pommades ou en savons, l'infusion de tabac, l'acide phénique, l'acide salicylique, un mélange de pétrole et d'huile d'olive à parties égales, aromatisé avec du baume du Pérou, dont on enduit toute la chevelure, et que l'on enlève au bout de douze à vingt-quatre heures par un savonnage soigneux à l'eau chaude, les pommades au soufre et au baume du Pérou (par exemple : soufre précipité, baume du Pérou ãã 2 grammes, vaseline pure de belle qualité 20 grammes), la staphisaigre en poudre ou en pommade à la dose de 7 p. 30, l'huile de staphisaigre, la cévadille, le pyrèthre, le cocculus indicus, etc...

Chez les enfants, ce qu'il y a de plus simple et de plus radical consiste à couper ras les cheveux et à savonner la tête tous les matins.

Après avoir tué ou ôté les parasites, il faut guérir les lésions cutanées; pour cela, on se sert, suivant le degré d'irritation des téguments, de cataplasmes, d'enveloppements humides, du bonnet de caoutchouc, de pommades au goudron au vingtième ou au dixième, de pommades à l'huile de cade, au soufre au dixième, ou au calomel au vingtième ou au trentième (voir *Impétigo*, et *Eczéma du cuir chevelu*).

Marche a suivre dans un cas de phtiriase du cuir chevelu. — S'il s'agit d'un enfant, il faut lui couper tous les cheveux ras avec des ciseaux, et lui faire savonner la tête deux fois par jour avec du savon au goudron, au naphtol, à l'acide borique, etc... S'il y a des lésions du cuir chevelu, on les panse quand elles sont trop irritées avec des applications émollientes, sinon avec des pommades à l'acide borique au dixième, au naphtol au vingtième ou au dixième, à l'huile de cade au vingtième, au dixième, au cinquième, au calomel, au précipité jaune ou au turbith au trentième, au soufre au dixième, etc...

S'il s'agit d'un homme adulte, quand c'est possible, on lui fait subir le traitement précédent : s'il tient à ses cheveux, on lui fait savonner la tête avec du savon noir de potasse ou avec un savon antiseptique ; puis on la lotionne matin et soir avec une solution de sublimé au cinq centième ou au trois centième, ou d'acide phénique au centième, enfin on applique une des préparations parasiticides que nous avons indiquées plus haut, si c'est nécessaire ; mais dans les cas peu intenses, il suffit de prendre quelques soins de propreté.

Les petites filles doivent être traitées comme les petits garçons.

Chez les femmes, on ne coupe les cheveux pour de la phtiriase qu'à la dernière extrémité : on agit chez elles comme chez les hommes adultes; mais il est bon, pour peu que les lentes soient abondantes, de répéter pendant longtemps les lotions parasiticides, les applications de pétrole, de pommades, de poudre de staphisaigre, et... Puis il faut débarrasser les cheveux des lentes par le procédé que nous avons indiqué plus haut.

2° Poux de corps.

Étiologie. A l'inverse des poux de tête qui s'observent surtout chez les enfants, les poux de corps se rencontrent surtout chez les adultes, les vieillards, les gens misé-

Fig. 55. — Phtiriase. Poux de corps (malade vu de face).

rables, peu soigneux, chez les cachectiques. Ils pullulent avec une inconcevable rapidité. Ils habitent les pièces de vêtement qui sont en contact direct avec la peau, surtout les gilets de flanelle, les ceintures de flanelle, les tricots et les chemises, etc... Nous avons vu tous les vêtements, jusqu'aux vêtements de dessus, complètement infectés de leurs lentes.

Symptômes. — Les *poux du corps* piquent les téguments de l'homme pour en sucer le sang. Il n'est pas rare, quand on déshabille rapidement un sujet atteint de phtiriase, de trouver sur ses épaules des poux, la tête implantée dans la peau, le corps incliné de manière à former un angle de 45°. Les petites plaies superficielles qu'ils produisent ainsi s'irritent beaucoup, s'entourent presque toujours d'une plaque d'urticaire, et deviennent le siège d'une vive démangeaison. Le malade se gratte, s'écorche, enlève même parfois des lambeaux entiers de l'épiderme et de la couche superficielle du derme ; il se forme des papules de prurigo

qui sont tout de suite excoriées. Dans certains cas, il se produit des lésions eczématiformes, inflammatoires, des lymphangites, des furoncles, des abcès, et surtout de l'ecthyma. Le mélange de traces de grattage linéaires orientées dans la même direction pour une région donnée, direction qui est celle du grattage, sanguinolentes quand elles sont récentes, recouvertes de croûtes d'un brun noirâtre quand elles sont anciennes, de papules excoriées, de cicatrices blanchâtres et brunâtres anciennes en traînées, leur localisation à la partie supérieure des épaules, autour du cou, à la ceinture, sont tout à fait pathognomoniques, et doivent engager à rechercher les parasites : leur présence est le seul critérium du diagnostic (voir pour la discussion des prurits l'article *Prurit en général*).

Fig. 56. — Phtiriase. Poux de corps et de tête (même malade vue de dos).

Dans les phtiriases anciennes et invétérées qui s'observent surtout chez les vieillards et les cachectiques, la peau, sous l'influence de ces lésions et de ces traumatismes incessants, subit un processus d'inflammation et d'induration chronique qui la transforme peu à peu : elle devient dure, un peu épaissie, se pigmente, prend successivement des teintes café au lait clair, brunâtres, d'un brun foncé, presque noirâtres aux lieux d'élection; de telle sorte que le malade en arrive à avoir une véritable mélanodermie. Il se développe ainsi un état spécial qui cadre parfois avec une misère physiologique accentuée, et qui simule d'autant plus la maladie d'Addison que Thibierge a montré que des taches pigmentées existent parfois sur la muqueuse buccale. Elles peuvent disparaître lentement après la désinfection totale. Il est difficile d'en expliquer la pathogénie : peut-être faut-il admettre avec certains auteurs que les poux de corps sécrètent un venin chromatogène comme les poux du pubis.

C'est à ces états que se relie ce que l'on a décrit sous le nom de *maladie des vagabonds*.

Traitement. — Puisque les poux du corps ont pour habitat les vêtements des malades dans les plis desquels ils déposent leurs œufs, la première indication à remplir est de leur faire changer de linge et de vêtements à plusieurs reprises, et même plusieurs fois par jour, et de désinfecter soigneusement tous leurs effets, soit à la vapeur de soufre, soit à l'étuve à 110 ou 120 degrés.

Ces simples mesures de propreté, si elles sont bien exécutées, suffisent pour amener la guérison.

Il est bon toutefois de ne pas trop compter sur elles, surtout si l'on a affaire à

des gens peu soigneux ou pauvres, et qui n'ont pas la quantité de linge suffisante pour bien exécuter cette partie essentielle du traitement.

A l'hôpital, on administre dans ces cas une ou deux fumigations de cinabre, le lendemain un bain savonneux, et les jours suivants des séries de bains sulfureux.

En ville, la combinaison des bains savonneux, des bains sulfureux et des soins de propreté peut suffire ; mais il vaut mieux prescrire de plus des lotions avec une solution au centième d'acide phénique matin et soir, et des applications pendant la nuit d'une pommade phéniquée au centième. On emploie aussi des lotions avec une solution de formol ou de naphtol et des pommades naphtolées au dixième et au vingtième.

On a encore proposé de faire pendant cinq ou six jours des lotions avec de l'eau phagédénique pure. On la laisse sécher sur la peau sans essuyer. Si elle est trop irritante, on la coupe de moitié eau.

Parmi les autres moyens préconisés, nous devons citer les lotions de pétrole, de chloral au centième, la poudre de staphisaigre, etc.

Quand les téguments sont trop irrités, on recommande les bains alcalins, mais surtout les bains de son et d'amidon, et des applications de poudres sèches ou de pâtes calmantes à l'oxyde de zinc au tiers pures ou additionnées soit d'un peu d'acide salicylique, soit d'acide phénique, soit de menthol (un centième environ de ces substances).

3° Poux du Pubis.

Étiologie. — Les poux du pubis vulgairement désignés sous le nom de *morpions* s'observent surtout chez les adultes des deux sexes. Ils se transmettent presque toujours par contact vénérien. On a dit qu'ils sont plus fréquents dans la classe aisée que dans la classe ouvrière ; nous croyons que c'est une erreur ; ce que nous pouvons affirmer c'est qu'ils sont d'une extrême fréquence chez la prostituée de bas étage.

Symptômes. — Les *morpions* siègent presque toujours au pubis (d'où le nom qu'ils portent), mais on peut aussi les rencontrer sur tous les points du corps où il y a des poils, sauf au cuir chevelu : c'est ainsi qu'ils habitent fréquemment les poils du ventre, de la partie antérieure de la poitrine, des aisselles, plus rarement les poils des cuisses et des jambes : on en a parfois trouvé dans la barbe, aux sourcils et aux cils, où ils donnent lieu à des blépharites rebelles. L'animal se fixe par les crochets de ses pattes, puis il introduit sa tête dans le follicule pileux et il reste ainsi immobile. Les démangeaisons auxquelles il donne lieu sont très variables d'intensité suivant les sujets ; quelquefois très vives, elles peuvent être absolument nulles. Il détermine comme lésions cutanées du prurigo toujours assez modéré, et surtout les taches ombrées ou taches bleues qui sont fréquentes chez certains sujets à peau blanche, et qui deviennent plus évidentes pendant certaines pyrexies, en particulier pendant la fièvre typhoïde. Elles siègent généralement sur le ventre, les flancs, et le haut des cuisses. Chez la femme elles ne sont pas rares sur la poitrine, tout autour des aisselles, et dans ce cas il existe des parasites dans la partie velue du creux axillaire. C'est Falot qui le premier a remarqué que les taches ombrées coïncidaient toujours avec la présence des morpions. Moursou en 1876 confirma ce fait clinique important. Duguet en 1880 prouva qu'on peut les produire expérimentalement par l'inoculation des glandes salivaires de ces

animaux lesquelles sont situées à la partie antérieure du thorax vers la première paire de pattes.

Les auteurs anglais, Payne et Jamieson entre autres, ont observé chez plusieurs individus porteurs de morpions un état fébrile accentué et parfois des phénomènes généraux tels que vertiges, maux de tête, nausées : ils se sont demandé si ces accidents n'étaient pas sous la dépendance de l'introduction dans l'organisme d'une substance chimique nocive provenant de l'animal.

Traitement. — Le remède populaire par excellence contre les morpions est l'onguent gris, c'est-à-dire la pommade mercurielle simple qui renferme une partie de mercure pour six parties d'axonge benzoïnée, ou plus exactement 125 parties de pommade mercurielle double pour 375 parties d'axonge benzoïnée. On commence par bien nettoyer les régions sur lesquelles on doit appliquer la pommade, puis on les frictionne avec cette substance, et l'on est sûr d'être délivré. Il vaut mieux faire plusieurs applications successives, et ne pas laisser la pommade trop longtemps en contact avec les parties malades : au bout d'une heure ou deux, il est bon de prendre un bain savonneux pour se nettoyer, car les pommades mercurielles sont irritantes, et s'absorbent facilement, surtout lorsque la peau est couverte de poils : il serait donc possible qu'il se produisît de l'hydrargyrie locale ou des phénomènes d'intoxication générale. Ce moyen est réellement d'une grande efficacité ; mais il est sale et peu pratique en ville.

On a proposé de remplacer l'onguent gris par une pommade au calomel au vingtième (vaseline 19 grammes, calomel 1 gramme) avec laquelle on se frictionne le soir : le matin, on se lave à l'eau chaude et au savon.

Il est bien préférable de se servir de solutions de sublimé avec lesquelles on pratique des frictions quotidiennes ou biquotidiennes. E. Vidal prescrivait une solution mère de 1 gramme de bichlorure d'hydrargyre dans 100 grammes d'eau de Cologne ; il en faisait mettre une cuillerée à soupe dans 200 grammes d'eau tiède. On a aussi donné comme formule : sublimé 1 gramme, alcool de menthe 100 grammes : en mettre une cuillerée à soupe dans un litre d'eau.

Ces mélanges sont un peu faibles, nous préférons la préparation suivante : sublimé 1 gramme, alcool 100 grammes, eau distillée de 200 à 400 grammes ; ou bien la solution usitée à Copenhague et dont nous avons parlé plus haut : 1 gramme de sublimé pour 300 grammes de vinaigre. Les bains de sublimé contenant 10 grammes de sublimé pour 200 litres d'eau peuvent rendre des services.

Les préparations précédentes, pour être efficaces, sont fatalement un peu irritantes. Si elles le sont trop, on les étend d'eau ; et si elles produisent quand même de la dermite, on en suspend momentanément l'emploi : on donne alors des bains de son ou d'amidon ; on calme avec des cataplasmes d'amidon ou de fécule, on saupoudre avec des poudres inertes.

Certains auteurs ont préconisé des lotions arsenicales, des applications d'un mélange de 15 grammes de pétrole et de baume du Pérou et d'un gramme d'huile de laurier (badigeonner les parties malades avec un pinceau imbibé de cette préparation, puis l'enlever au bout de trois heures par des lavages).

Dans ces derniers temps, on a beaucoup recommandé le naphtol sous la forme suivante : naphtol β, 5 grammes ; huile d'olive, 60 grammes : on en fait des badigeonnages deux fois par jour. On s'est également bien trouvé de frictions avec un mélange contenant de 2 à 3 grammes d'acide salicylique pour 25 grammes de vinaigre de toilette et 75 grammes d'alcool à 80 degrés.

En Amérique, on se sert de lotions au chloroforme, et tout dernièrement on a proposé de remplacer cette substance par l'éther, qui est beaucoup moins irritant et qui a des effets presque aussi énergiques.

Pour enlever les œufs, on emploie le même procédé que pour les lentes des pediculi capitis. On imbibe les poils de vinaigre, puis on peigne avec un peigne très fin.

Quand on se sert de la solution de sublimé dans le vinaigre, on voit que l'on agit à la fois contre les insectes et contre leurs œufs. Il est encore plus pratique de couper tous les poils sur lesquels il y a des lentes.

Lorsque les poux siègent aux paupières, on conseille de faire des lotions répétées avec une solution de sublimé au deux millième, et d'appliquer des pommades à l'oxyde jaune d'hydrargyre au trentième ou au quarantième.

Demodex folliculorum. — Le demodex folliculorum est un animalcule de $0^{mm},36$ à $0^{mm},40$ de long sur $0^{mm},03$ de large, de la famille des acariens : il habite les follicules sébacés dilatés, parfois les glandes de Meibomius de certaines personnes, mais surtout de celles qui sont sujettes à l'acné et à la séborrhée. Il suffit pour le découvrir de presser les follicules et d'en examiner le contenu au microscope. Il ne présente aucune indication thérapeutique spéciale (voir *Acné*).

Glycyphagus Ornatus. — Labesse d'Angers a récemment fait connaitre des éruptions prurigineuses urticariennes causées par le glycyphagus ornatus, insecte acarien de la famille des sarcoptides détriticoles (Mégnin), lequel pullule dans les parquets et le crin des meubles.

Punaise des lits (*Cimex lectularius*). — La *punaise des lits* (cimex lectularius) est un insecte de l'ordre des hémiptères hétéroptères, de la famille des géocorises. Le plus souvent, la piqûre de la punaise cause des lésions urticariennes, puis du prurigo et des excoriations plus ou moins considérables.

Traitement. — Les lotions alcoolisées, vinaigrées, phéniquées, au sublimé, à l'ammoniaque, au borax, à l'éther, soulagent les malades. Quand ils sont couverts de piqûres, on peut leur prescrire des bains d'amidon, des lotions au vinaigre de toilette ou à l'eau de Cologne, puis des applications de poudre d'amidon.

Pour éloigner les punaises, on met dans les lits de la poudre de staphysaigre ou de pyrèthre, ou bien on se lave avec des solutions de sublimé ou d'acide phénique. Le passe-rage (*lepidium rurale*) les attire et les enivre ; on peut ainsi les réunir et les détruire.

Puce commune. (*Pulex irritans*) — La *puce commune* (*pulex irritans*) est un insecte de l'ordre des aphaniptères, de la tribu des pulicides. Elle détermine au niveau de chaque piqûre une petite hémorragie punctiforme qui simule tout à fait un élément de purpura miliaire (*purpura pulicosa*). Elle est souvent la cause occasionnelle d'une éruption d'urticaire ou d'une réaction érythémateuse qui se produit tout autour de la piqûre.

Un moyen assez pratique de se débarrasser de ces parasites consiste à s'oindre d'huile de laurier ou d'huile ordinaire à laquelle on mélange un peu de tabac en poudre. Douze heures après, on prend un bain savonneux. (Pour plus de détails, voir l'article *Punaise*.)

Moustiques. Cousins. Culex pipiens. — Les piqûres des cousins (culex pipiens, famille des tipulaires, ordre des diptères) causent souvent de vives irritations cutanées, de l'urticaire, des démangeaisons et des sensations de brûlure. L'histoire pathologique de ces insectes s'est considérablement développée dans ces derniers temps depuis que l'on a démontré le rôle majeur qu'ils peuvent avoir dans la transmission de certaines maladies (les anophèles dans la malaria, etc...); mais tout cela sort de notre cadre.

Traitement. — Les douleurs causées par les piqûres des cousins sont calmées par l'eau de chaux, par l'ammoniaque fort étendue, par l'eau phéniquée, par l'eau de Cologne pure ou coupée d'eau, par le sublimé au millième.

Si les phénomènes inflammatoires sont trop intenses, on fait des lotions avec des infusions aromatiques de camomille, de mélilot, de petite sauge, de feuilles de noyer (Hardy).

Certains auteurs ont recommandé d'appliquer sur les piqûres soit du collodion salicylé au vingtième, soit du collodion au sublimé au millième.

L'odeur du phénol, du tabac, de la térébenthine et du pétrole éloigne ces parasites : il en est de même d'un mélange de pyrèthre et de sel de nitre que l'on fait brûler. On a conseillé dans un but identique de se poudrer la figure et les mains avec de la poudre de riz parfumée, ou de la poudre de camphre, de se laver les parties découvertes avec de l'eau de Cologne, de l'eau phéniquée, etc... Glatard applique sur chaque piqûre une goutte d'iode acétone (4 d'iode pour 10 d'acétone) (mélange de Gallois pour la furonculose).

Abeilles. Guêpes. Frelons. — La piqûre de ces insectes est suivie d'une vive douleur avec tuméfaction rapide et rougeur de la région touchée. Lorsque les piqûres sont multiples, les phénomènes inflammatoires et douloureux peuvent être des plus intenses et provoquer des accidents généraux graves ; la mort en est même quelquefois la conséquence, surtout dans les pays chauds.

Le traitement est le même que celui que nous venons d'indiquer pour les cousins.

Maladie des pêcheurs d'éponge. — Skevos Zervos (*Semaine médicale*, 24 juin 1903, p. 208) a décrit des accidents cutanés pouvant être très graves, caractérisés par des sensations de brûlure, de la rougeur, parfois de la gangrène, des abcès, etc... qui surviennent chez les pêcheurs d'éponge de la Méditerranée à la suite de la piqûre d'un petit cœlentéré venimeux, un actinium.

Érysipéloïde. — *Maladie causée par des morsures de crabes*. — Certains auteurs donnent le nom d'*Érysipéloïde* à une affection qui semble être relation avec une intoxication causée par les *crabes* (voir Gilchrist : *Journal of. Cut. Dis.*, nov. 1904). C'est l'affection que Morrant Baker a décrite en 1873 sous le nom d'*Erythema serpens ;* c'est Rosenbach qui en 1884, 1887, lui a donné le nom d'érysipéloïde.

Cette éruption s'observe en Amérique en juin, juillet, et août. Elle dure de trois à quinze jours, en moyenne de sept à huit jours. Elle est d'ordinaire consécutive à la morsure d'un crabe ou à une blessure quelconque causée par un de ces animaux. Elle siège aux doigts et aux mains. Au bout d'un laps de temps très variable, mais qui dure d'ordinaire de vingt-quatre à quarante-huit heures, la blessure primitive devient douloureuse, se tuméfie ; on y éprouve des sensations

de battements; il s'y produit une rougeur qui gagne lentement tout le doigt, puis progressivement toute la main. La bordure d'extension est rouge, brillante, nettement arrêtée : parfois le membre supérieur tout entier est envahi. Il n'y a ni bulles, ni vésicules, ni pustules, ni desquamation consécutive.

On n'a pas trouvé de microorganismes : les cultures sont restées stériles ; et les inoculations ont été négatives. Il semble donc que cette affection soit causée par un venin spécial provenant de l'animal.

On a conseillé de faire des injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique au trentième et de panser avec de l'iodoforme. Il nous paraîtrait rationnel d'appliquer des pâtes de zinc ichthyolées.

B. — DERMATOZOAIRES VRAIS

GALE

On donne le nom de *gale* (*scabies* ou *psore*) à l'ensemble des lésions cutanées que provoque chez l'homme un animalcule parasite de la famille des sarcoptes, de la classe des arachnides, l'*acarus scabiei*.

Quand on relit avec soin les anciens auteurs, on reste convaincu que le parasite de la gale a été connu depuis longtemps. Peut-être même Aristote et Avenzoar l'ont-ils soupçonné : mais ce qui est sûr, c'est que Mouffet l'a signalé en 1634, que Cosimo Bonomo en a donné une description complète en 1687. Cependant l'origine parasitaire de la gale ne fut définitivement admise qu'en 1834, lorsqu'un étudiant en médecine corse, Renucci, fit connaître à la clinique d'Alibert comment les femmes de son pays guérissaient la gale en extrayant l'animal de son sillon. Bien que nous ne fassions pas d'historique dans cet ouvrage élémentaire, nous devons cependant citer les travaux de Bourguignon qui établirent définitivement les traits essentiels de cette maladie.

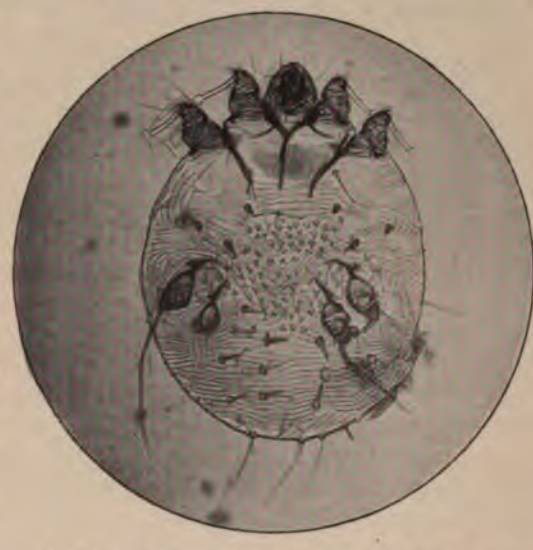


Fig. 57. — Sarcoptes Scabiei. Acare de la gale humaine.

Description du parasite (pour plus de détails, voir Mégnin). — L'*acarus scabiei* ou *sarcoptes hominis* (σαρξ chair, κοπτειν couper) est un petit animal ovoïde, assez semblable à une tortue et d'un blanc brillant. La femelle a 30 centièmes de millimètre de long sur 26 centièmes de millimètre de large; le mâle n'a que 20 centièmes de millimètre de long sur 16 de large.

Les téguments de l'acare sont sillonnés de stries ondulées à direction généralement transversale. Le dos est hérissé de petites proéminences semblables à des

dents de scie et de poils ou soies. La tête forme une sorte de bourgeon arrondi situé à l'une des extrémités du grand axe de l'animal. Les pattes sont au nombre de huit, disposées par paires. Chez le mâle, elles sont toutes terminées par une ventouse, sauf la troisième paire, qui est terminée par une soie. Chez la femelle, les deux paires postérieures sont terminées par de longues soies. Dans le corps de la femelle ovigère, on voit d'ordinaire par transparence un œuf ovoïde allongé, d'un gris perle, de 15/100 de millimètre de long. A peine pondus, ces œufs se développent. Ils donnent lieu d'abord (premier âge) à des *larves* à trois paires de pattes qui subissent deux ou trois mues pendant lesquelles elles grossissent et acquièrent une quatrième paire de pattes. Elles deviennent alors (deuxième âge) les *nymphes* qui n'ont pas encore d'organes sexuels, mais qui déjà se divisent en deux catégories : les petites qui donneront les mâles, les grosses qui donneront les femelles. Elles subissent une mue nouvelle (troisième âge), et acquièrent leurs organes sexuels ; les mâles peu nombreux fécondent les femelles. Enfin, dans une dernière mue (quatrième âge exclusif aux femelles), l'organe de la ponte se développe chez les femelles fécondées.

Fig. 58. — Sillon de gale (face antérieure du poignet droit).

C'est à ce moment que l'acarus femelle devient réellement nuisible ; elle doit pondre en effet ; or, elle ne pond que dans la partie profonde de la couche cornée (Török), et nullement dans la couche muqueuse où elle serait immédiatement inondée. Elle se creuse donc une galerie. Pour cela, elle élève l'abdomen au moyen des longues soies des pattes postérieures, donne ainsi à son corps une inclinaison de 45°, met son rostre en contact direct avec la surface de la peau, déchire l'épiderme, forme une petite cavité superficielle qu'elle agrandit par des mouvements de latéralité, puis pénètre tout entière dans sa galerie. Une fois entrée, elle ne peut plus reculer à cause de la direction des épines du dos ; elle est forcée de progresser constamment. A mesure qu'elle avance, elle dépose ses œufs dans le sillon qu'elle creuse et au fond duquel elle finit par mourir.

Ces galeries ou sillons constituent donc le caractère pathognomonique de la gale. Ils ont de 2 ou 3 millimètres à 2 centimètres et même plus de longueur. Leur direction est rectiligne, curviligne, en S, en fer à cheval, etc... Ils apparaissent sous la forme d'une petite ligne grisâtre, parfois noirâtre, ponctuée de points plus foncés qui ne sont autre chose que de petits trous, orifices de sortie de jeunes larves écloses. On distingue au sillon deux extrémités : l'une, l'entrée ou la tête, est plus large, l'autre, la queue ou éminence acarienne de Bazin, est légèrement saillante, et l'on y aperçoit parfois à travers l'épiderme un petit point blanc, qui est l'acare. Il est alors relativement facile de l'enlever avec la pointe d'une épingle à laquelle il adhère. Parfois le sillon se trouve situé au-dessus d'une vésicule ou d'une vésico-pustule, mais jamais l'acare n'est en contact direct avec le liquide qu'elles contiennent. Le sillon renferme donc une femelle, des œufs en plus ou moins grand nombre à divers degrés d'évolution et des points noirs qui sont les fèces de l'animal.

Les mâles, les nymphes et les larves écloses, se promènent à la surface des téguments, les perforent pour vivre, et il en résulte des éruptions boutonneuses. Il est

possible que les principaux agents de transmission de la gale soient surtout les nymphes et les femelles pubères qui viennent d'être fécondées.

Étiologie. — La gale a pour cause unique la transmission de l'acare de l'homme malade à l'homme sain. Cette transmission se fait surtout la nuit, ce qui se comprend, étant données les mœurs du parasite qui n'est actif que pendant la nuit. La gale se prend donc surtout en couchant avec une personne contaminée, ou en couchant dans des draps qui viennent de servir à un galeux.

Elle est par conséquent surtout fréquente dans la basse classe, chez les jeunes ouvriers, dans les familles pauvres où plusieurs personnes partagent le même lit. La contagion est presque fatale entre mari et femme.

Symptômes. — Les symtômes de la gale découlent tout naturellement des mœurs du parasite qui en est la cause unique.

On a décrit une première période dite d'*incubation* qui dure de deux jours à six semaines, sept jours en moyenne. Le malade ressent un prurit violent en certains points : il peut se faire des éruptions fugaces, telles que de l'érythème ou de l'urticaire.

Fig. 59. — Gale chez une jeune femme. Lésion de la main et des seins.

Puis les symptômes se précisent. Les malades sont tourmentés par un prurit des plus intenses survenant surtout le soir dès qu'ils sont couchés, et le matin un peu avant qu'ils ne se lèvent. Ce prurit est très marqué chez les arthritiques nerveux, chez ceux qui font des excès de boissons ou qui ont une mauvaise hygiène alimentaire ; il est plus modéré chez les lymphatiques ; enfin il peut manquer totalement dans quelques cas fort rares (*gale non prurigineuse*).

Le signe pathognomonique par excellence de la maladie est, ainsi que nous l'avons dit, *le sillon*. On le recherchera tout d'abord aux mains, à la face antérieure et interne des poignets, aux espaces interdigitaux, à la face latérale des doigts, à la paume des mains chez ceux qui ne les ont pas calleuses, à la partie antérieure des aisselles, aux faces dorsales, plantaires et latérales des pieds chez l'enfant et chez la femme, au mamelon chez la femme, et chez l'homme aux organes génitaux, à la verge et au gland, où il repose souvent sur des sortes de lésions papuleuses simulant des papules syphilitiques.

Outre le sillon, il y a d'autres éruptions dites accessoires ou secondaires qui sont fort nombreuses et des plus importantes. Ce sont des papules de prurigo excoriées pour la plupart, des vésicules transparentes et cristallines sans base inflammatoire qui siègent surtout aux doigts et aux mains, des vésico-pustules, des pustules vraies, ecthymateuses le plus souvent (variété pustuleuse de l'affection), des traces de grattage, des excoriations.

Enfin la gale peut se compliquer d'urticaire, d'impétigo, d'ecthyma, d'éruptions vésiculeuses, de bulles pemphigoïdes, d'eczéma simple ou lichénoïde (l'eczéma du mamelon chez la femme est un bon signe de gale, de lymphatisme et de grossesse), de furoncles, d'abcès, de poussées de lymphangites, d'adénites, etc.

Les deux grands caractères de la gale considérée dans son ensemble sont : 1° son *polymorphisme ;* 2° ses *localisations* aux poignets, aux espaces interdigitaux, aux avant-bras, aux plis des coudes, à la partie antérieure des aisselles (localisation des plus importantes pour le diagnostic), à la ceinture, à la partie inférieure des fesses, aux creux poplités, aux organes génitaux chez l'homme et au mamelon chez la femme. Jamais la face n'est envahie par l'éruption pure de la gale. Ces localisa-

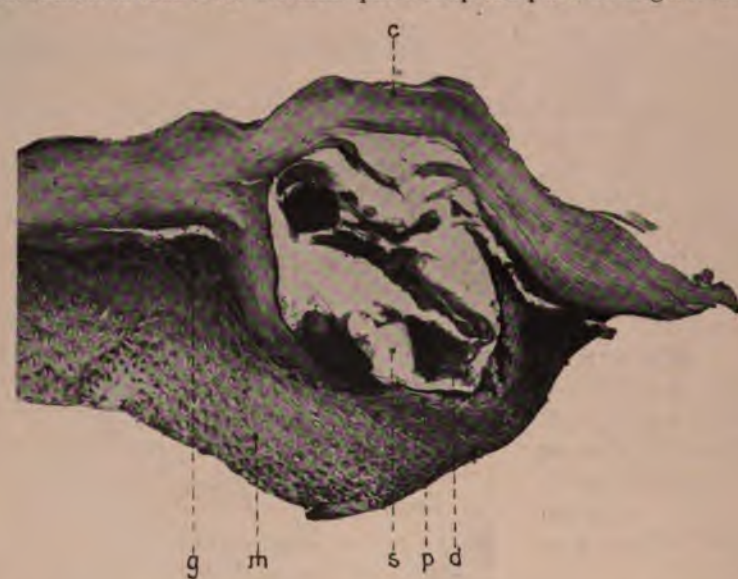


Fig. 60. — Coupe d'un sillon de gale portant sur l'extrémité antérieure du sillon.

c, couche cornée de l'épiderme. — *m*, corps muqueux de Malpighi : stratum filamentosum presque normal. — *p*, point où il existe un léger degré de parakératose. — *g*, stratum granulosum. — *s*, sillon. — *d*, débris épidermiques et fèces de l'acare, peut-être débris de l'acare sectionné contenus dans le sillon.

tions sont, nous le répétons, tout à fait pathognomoniques ; elles suffisent pour imposer le diagnostic même en l'absence de tout sillon indiscutable.

Livrée à elle-même, la gale peut avoir des périodes successives d'amélioration et d'aggravation parfois inexplicables, mais qui sont fréquemment en relation avec le régime alimentaire, les soins de propreté et d'hygiène : dans la majorité des cas, elle ne guérit pas spontanément. Pendant les grandes pyrexies, elle sommeille en quelque sorte, puis elle reprend toute son activité quand la convalescence est arrivée.

Chez certains nerveux, elle laisse après elle des prurits persistants d'origine autotoxique ou nerveuse qu'il est parfois bien difficile de guérir.

Chez certains eczémateux, elle est la cause occasionnelle d'eczémas rebelles.

Chez des névropathes elle peut provoquer des crises d'acarophobie qui altèrent le moral et la santé générale.

Enfin la gale pustuleuse cause parfois des sortes de néphrites infectieuses avec albuminurie plus ou moins intense.

D'après l'aspect de l'éruption, on a décrit les variétés suivantes : 1° *gale papuleuse ou papuliforme ;* 2° *gale lymphatique ou gale aqueuse ;* 3° *gale purulente ou pustuleuse ;* 4° *gale cachectique* (mal définie ; chez des sujets débilités) ; 5° *gale norvégienne,* qui est caractérisée par des productions croûteuses énormes, et qui, pour Mégnin, serait causée par le sarcopte du loup. Nous en dirons plus loin quelques mots.

Anatomie pathologique. — Certains sillons sont situés au-dessus d'une grosse vésicule claire qui se présente sous la forme d'une cavité siègeant dans les couches

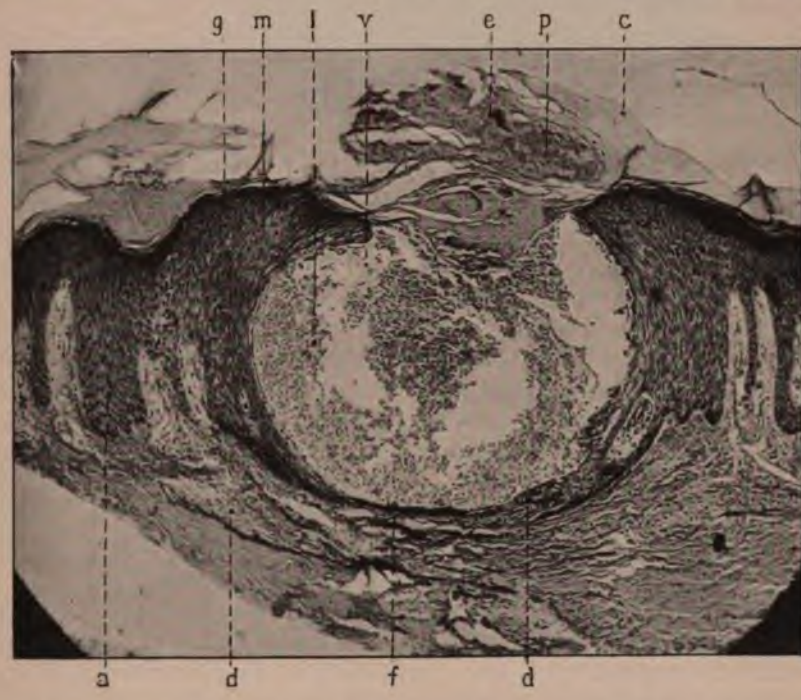


Fig. 61. — Vésicule de gale (on ne voit pas le sillon sur la coupe. La vésico-pustule ici figurée n'a de rapport avec aucun poil).

c, couche cornée de l'épiderme. — *p*, points de parakératose avec noyaux visibles dans la couche cornée. — *e*, exsudats dans la couche cornée au niveau de la partie culminante de la vésicule. — *g*, stratum granulosum un peu hypertrophié au voisinage de la vésicule. — *m*, corps muqueux de Malpighi. Stratum filamentosum en acanthose. — *a*, prolongements interpapillaires du corps muqueux en acanthose. — *f*, fond de la vésicule au niveau duquel la couche malpighienne semble être absente. — *d*, diapédèse abondante de leucocytes. — *v*, cavité de la vésicule. — *l*, abondants leucocytes qui commencent à la remplir.

superficielles de l'épiderme. Son plafond est toujours constitué par la couche cornée. Au-dessus d'elle se trouve le sillon acarien avec l'acare et ses œufs. Son contenu est composé de liquide transparent, d'un fin réseau de fibrine coagulé, de quelques débris d'épithélium, et de quelques leucocytes le plus souvent mononucléaires.

Il existe en outre : 1° des vésicules tout à fait minuscules, semblables à celles de l'eczéma, situées dans les couches moyennes et profondes du corps muqueux, et qui semblent se former par spongiose ; 2° des papulo-vésicules plus ou moins nombreuses selon les cas, qui présentent une constitution histologique assez analogue à celle de l'eczéma papulo-vésiculeux (voir pour plus de détails Volk : *Arch. f. Dermat.*, 1904, t. LXXII, p. 53).

Diagnostic. — Ce qui précède rend le diagnostic presque toujours facile. Le sillon est le signe pathognomonique ; la localisation des lésions et leur polymorphisme les distingueront à première vue des eczémas ordinaires, des prurigos non parasitaires, des éruptions de la phtiriase, qui sont autrement disposées, puisque leur siège d'élection est la partie supérieure des épaules, etc...

Cependant le praticien doit savoir qu'il est des cas, surtout lorsqu'il s'agit de sujets de la classe aisée, soigneux de leur personne, où l'éruption de la gale est des plus frustes, et où le diagnostic présente de grandes difficultés. Il faut alors procéder à un examen complet, à une enquête minutieuse, et parfois on en est réduit, malgré tous ses efforts, à de simples présomptions.

On a conseillé alors d'examiner au microscope les squames suspectes pour y rechercher l'acare ou ses œufs. H. Fagge a recueilli dans un cas croûtes et squames, les a fait bouillir dans de la soude, et a vu des sarcoptes dans le dépôt.

Parfois on peut trouver un sillon à la partie antérieure des aisselles, au pli du coude, à la partie inférieure des fesses : on sait que chez les enfants et chez les femmes ils sont relativement fréquents autour des chevilles.

Un des points les plus délicats du diagnostic de la gale est de savoir si un galeux qui a été traité est réellement guéri. Souvent, après le traitement que nous allons exposer, le malade présente pendant quelque temps des éruptions diverses et surtout un prurit des plus intenses. Un médecin non prévenu peut alors croire que le traitement n'a pas réussi et prescrire une nouvelle frotte de la gale, laquelle ne fera qu'exaspérer les phénomènes morbides. Dans ces cas, il faut savoir attendre et résister aux supplications du patient : il ne faut prescrire un *nouveau traitement* parasiticide que lorsqu'on se trouve en présence de lésions récentes, pathognomoniques de l'existence réelle de l'acare chez le galeux déjà frotté.

En effet, comme nous le disions plus haut, le malade peut être atteint d'*acarophobie* (Thibierge). Cette acarophobie s'observe d'ordinaire chez des sujets qui ont eu la gale et qui s'imaginent encore en être atteints dès qu'ils voient la moindre rougeur des téguments, dès qu'ils éprouvent le moindre prurit. Mais elle peut aussi exister chez des suggestionnés qui n'ont jamais eu de gale : ces derniers, comme tous les obsédés, sont fort difficiles à guérir (Thibierge, Dubreuilh.)

Traitement. — Nous n'insisterons pas sur le *traitement prophylactique*. La gale est une affection éminemment contagieuse et qui se transmet soit par le contact direct d'un individu malade, le plus souvent en couchant avec lui, soit par l'intermédiaire d'un objet contaminé. D'autre part les acares des animaux peuvent causer des éruptions chez l'homme. Il est donc nécessaire de prendre toute sorte de mesures de préservation et de propreté quand on se trouve en relation avec des individus ou des animaux suspects. Les bains sulfureux rendent dans ces cas de grands services (voir plus loin *gales animales*).

Le *traitement curatif* rationnel de la gale comprend trois indications principales : 1° *détruire le parasite, cause de la maladie*, et pour cela le soufre doit être considéré comme l'agent parasiticide par excellence ; 2° *prévenir les récidives par la désinfection des vêtements ;* 3° *guérir les lésions cutanées.*

I. Détruire le parasite. — On doit bien évidemment commencer par détruire le parasite cause de l'affection; cependant il y a des cas dans lesquels les lésions cutanées sont trop importantes pour qu'on puisse d'emblée faire la médication

parasiticide qui, pour être efficace, doit être énergiquement appliquée. Nous allons examiner successivement ces deux hypothèses.

a) *L'état des téguments du malade permet de faire un traitement énergique.* — C'est là le cas de beaucoup le plus commun surtout chez les malades de la ville qui viennent consulter leur médecin dès qu'ils ont des démangeaisons ou la moindre éruption.

Le traitement classique de l'hôpital Saint-Louis, dit *frotte de la gale,* inauguré par Bazin, modifié par Hardy, est le suivant :

1° On fait d'abord subir au malade complètement nu une friction rude de vingt minutes à une demi-heure de durée avec du savon noir et de l'eau tiède;

2° On lui fait prendre ensuite un bain tiède d'une demi-heure à une heure pendant lequel il se frictionne et se savonne encore. Ces deux premières opérations ont pour but de nettoyer les téguments, de ramollir l'épiderme et de déchirer les sillons dans lesquels sont contenus les œufs, les larves et les animaux;

3° Pour arriver plus sûrement à ce résultat, on peut lui faire ensuite une friction avec un linge rude;

4° Enfin, on le frictionne pendant vingt minutes sur tout le corps avec la pommade d'Helmerich modifiée par Hardy.

Formule de la pommade d'Helmerich :

Soufre sublimé lavé	10 grammes.
Carbonate de potasse	5 —
Eau distillée	5 —
Huile d'amande douce	5 —
Axonge	35 —

M. s. a.

Formule de la pommade d'Helmerich modifiée :

Fleur de soufre	2 parties.
Carbonate de potasse	1 —
Axonge	12 —

M. s. a.

Le malade doit garder cette pommade en contact permanent avec les téguments pendant vingt-quatre heures consécutives au moins; autrefois, on exigeait quarante-huit heures. On lui donne un peu de cette pommade qu'il applique le soir en se couchant sur les points les plus atteints.

Le lendemain, il prend un grand bain d'amidon dans lequel il enlève tout vestige de cette pommade soufrée. Au sortir du bain, si les téguments ne sont pas trop endommagés, il se poudre avec de la fine poudre d'amidon, sinon il met sur les points les plus malades, soit de l'axonge fraîche, soit du glycérolé d'amidon à la glycérine neutre, du cold-cream frais, de la pommade renfermant 5 grammes d'oxyde de zinc pour 10 grammes de vaseline, etc., et il poudre par-dessus avec de l'amidon. Il est bon qu'il prenne pendant huit ou quinze jours une série de bains d'amidon pour calmer les téguments.

Pendant qu'on lui fait la frotte, on met tous ses vêtements, chemises, flanelles, caleçons, pantalons, gilets, couvertures de laine, etc., qu'il a eu le soin d'apporter avec lui, dans l'étuve à désinfection de l'hôpital où ils sont soumis à une température de 120° suffisante pour détruire tout parasite. Il est nécessaire qu'il fasse brûler ses gants et désinfecter sa literie.

S'il est marié, s'il a des enfants, il doit les faire traiter le même jour et à la même heure que lui pour éviter des contaminations incessantes qui perpétueraient la maladie dans sa famille.

Tel est dans son ensemble le traitement dit de Saint-Louis.

Un autre traitement tout aussi bon est celui de Vleminckx qui est usité dans l'armée belge. On fait d'abord prendre au malade un bain dans lequel on le frictionne vigoureusement pendant une demi heure avec une flanelle grossière et du savon noir, après quoi on le laisse encore pendant une demi-heure dans le bain. Pendant la troisième demi-heure, on lui fait subir une friction générale énergique avec de la flanelle trempée dans la solution de Vleminckx qui est du sulfure de calcium liquide; on la prépare de la manière suivante :

Prendre :

Soufre sublimé.	250 grammes.
Chaux vive	150 —
Eau.	2.500 —

Faire bouillir en agitant avec une spatule de façon à mélanger et à faciliter la combinaison jusqu'à réduction à 1.500 grammes, puis laisser refroidir et enfermer dans des bouteilles bien bouchées.

Pendant la quatrième demi-heure, on donne un autre bain, puis on lotionne à l'eau froide pour enlever toute la préparation soufrée restée adhérente à la peau.

Si l'on a à traiter une gale en ville, il faut se conformer aux mêmes principes. Voici, par exemple, la méthode que A. Fournier recommande d'employer :

1° Faire sur tout le corps des lotions avec du savon de toilette ou de la poudre de savon;

2° Prendre immédiatement après un bain;

3° Faire sur tout le corps des frictions énergiques avec la mixture suivante :

Glycérine.	200 grammes.
Gomme adragante.	1 —
Fleur de soufre	100 —
Carbonate de soude	50 —
Parfum.	*ad libitum.*

M. s. a.

4° Prendre un deuxième bain ;

5° Changer complètement de linge;

6° Les jours suivants prendre des bains émollients, et se poudrer avec de l'amidon.

Ce traitement mitigé de la gale n'est pas toujours suffisant; pour peu que la gale soit intense, il est bon de le faire deux ou trois fois à quarante-huit heures d'intervalle.

Voici une deuxième méthode également pratique et qu'E. Besnier recommande de faire exécuter devant le médecin qui doit en surveiller l'application.

1° Pendant dix minutes frictionner avec de l'eau chaude, du savon de potasse, et une brosse partout où il y a des lésions de gale; on se contente d'un savonnage rapide sur les autres points du corps;

2° Pendant les vingt minutes suivantes, on met le malade dans un bain tiède et on continue les frictions à la brosse et au savon;

3° On applique ensuite avec une brosse la pommade suivante : on frictionne vigoureusement sur les points malades, fort légèrement partout ailleurs :

Lanoline	100	grammes.
Axonge ou vaseline	100	—
Carbonate de potasse	10	—
Soufre précipité	40	—
Menthol	de 0gr,25 à 1	—

Le malade conserve sur la peau la pommade pendant une heure, durant laquelle il se recouvre le corps complètement, mettant chemise, caleçon, bas, gants ; ce délai écoulé, il lave le corps dans le bain, ou avec une éponge, de l'eau chaude, du savon, puis, après avoir fait, ou non, une onction calmante de pommade à l'oxyde de zinc, de cold-cream, ou de vaseline, il poudre tout le corps avec de la poudre d'amidon. (E. Besnier. A. Doyon.)

On peut aussi se contenter de faire tous les soirs, pendant plusieurs jours, des frictions avec la mixture suivante :

Soufre précipité	ãã 125	grammes.
Glycérine		
Carbonate de potasse	5	—
Eau de rose	100	—

M. s. a. et agiter avant de s'en servir.

On savonne le lendemain matin pour enlever pendant le jour la préparation soufrée.

La célèbre pommade de Bourguignon est ainsi composée :

Essence de lavande, de cannelle, de menthe, de girofle	ãã 2	grammes.
Gomme adragante	4	—
Carbonate de potasse	30	—
Fleur de soufre	90	—
Glycérine	180	—

M. s a.

Elle est fort agréable et peut être prescrite en ville. En Allemagne, on emploie la pommade de Wilkinson modifiée par Hébra :

Fleur de soufre	ãã 180	grammes.
Huile de cade		
Axonge	ãã 500	—
Savon noir		
Craie	120	—

Dans cette préparation, le savon noir est destiné à ramollir l'épiderme, la craie à déchirer les sillons, le soufre à tuer les acares. Quand on s'en sert, il est donc utile de faire des applications préalables destinées à ramollir l'épiderme.

A la campagne, et chez les gens peu fortunés, le traitement de choix consiste à enduire le malade pendant deux ou trois soirs de pétrole du commerce et à lui faire porter pendant toute la nuit une chemise, un caleçon, des gants et des bas enduits de ce même pétrole. Il est inutile de faire remarquer qu'il faut supprimer

toute lumière pendant ce traitement, car il ne faudrait pas que le malade prit feu. Quelques personnes ne peuvent supporter le contact du pétrole qui provoque des éruptions.

b) *Les téguments du malade sont trop irrités pour que l'on puisse faire d'emblée un traitement énergique.* — C'est ce qui arrive lorsque le malade est couvert d'eczéma enflammé, de furoncles, d'ecthyma, de lymphangites et d'abcès, ou bien lorsqu'il présente un état morbide tel qu'une cardiopathie avancée, une bronchite aiguë ou chronique, de l'albuminurie, un état de grossesse, etc., qui contre-indique l'emploi des moyens rapides (E. Besnier, A. Doyon). Dans ces cas on soigne d'abord les diverses complications cutanées, et on calme la peau. Pour cela, on donne des bains d'amidon ; on applique des cataplasmes de fécule de pomme de terre, des pâtes à l'oxyde de zinc, du liniment oléo-calcaire, etc. Mais ces moyens sont bien inférieurs aux substances suivantes qui ont le grand avantage de calmer l'irritation des téguments et d'agir contre le parasite. Parmi elles nous en citerons surtout trois : l'onguent styrax, le baume du Pérou et le naphtol.

Quand il est toléré par les téguments, l'onguent styrax donne de bons résultats : on l'emploie mélangé à de l'huile dans la proportion de une partie d'onguent pour deux parties d'huile, additionné ou non de baume du Pérou et de naphtol. E. Vidal a préconisé le baume styrax pur dont il mélange deux parties à une partie d'huile. On fait avec une des préparations précédentes des frictions générales matin et soir ou seulement le soir. Ces applications ont l'avantage de calmer les démangeaisons, de permettre aux malades de dormir, d'améliorer peu à peu les lésions cutanées, de faire tomber les croûtes, de guérir les ulcérations, et d'engourdir si bien les acares qu'ils ne déterminent plus de lésions nouvelles. Il est prudent toutefois de traiter les malades d'après une des méthodes au soufre que nous avons indiquées dès que l'état de la peau le permet.

Chez les enfants à la mamelle dont la peau est fine et délicate, des frictions répétées au styrax peuvent suffire pour amener une guérison complète, et il vaut bien mieux les employer que de recourir aux préparations soufrées qui sont beaucoup trop irritantes pour leurs téguments.

Voici une excellente formule dont on peut se servir chez eux :

Huile de camomille camphrée	100 grammes.
Baume styrax pur	20 —

Si elle est irritante, on diminue la dose de baume, ou bien on l'incorpore à de l'huile d'amande douce au lieu d'employer l'huile de camomille camphrée.

Si cependant on veut avoir recours au soufre chez eux, il faut couper la pommade de Hardy de 2/3 d'axonge fraîche.

Le baume du Pérou pur ou dilué d'alcool est un antipsorique. Il a été très vivement recommandé par Jullien qui l'emploie pur en badigeons. Il est préférable de l'utiliser en pommades, incorporé à l'axonge aux doses de 30 grammes de baume pour 100 grammes d'axonge par exemple.

Il en est de même du naphtol β, qui a été vivement recommandé par Kaposi, et dont on se sert beaucoup en Allemagne sous la forme de pommades au vingtième et au dixième.

Nous employons fréquemment chez les personnes qui ont la peau irritée la pommade suivante jusqu'à ce que l'état des téguments permette une médication énergique :

Baume du Pérou	}	ââ 4 grammes.
Soufre précipité	}	
Oxyde de zinc		10 —
Lanoline pure		12 —
Vaseline pure		20 —

M. s. a.

Parmi les autres préparations de soufre préconisées, citons le sulfure de potasse (Jadelot), l'iodure de soufre (Cazenave), *l'hyposulfite de soude* (Comessati), que l'on emploie de la manière suivante : le soir en se couchant, on lotionne tout le corps avec une solution de 200 grammes d'hyposulfite de soude dans un litre d'eau ; le lendemain matin, on lotionne de nouveau tout le corps avec de l'eau renfermant 50 grammes d'acide chlorhydrique par litre.

Comme antipsoriques, on a aussi employé les diverses préparations de mercure, et en particulier l'onguent citrin, l'acide phénique, le phénate de soude, l'iodoforme en pommade au dixième, la créoline, la térébenthine, les huiles essentielles de girofle, de romarin, de menthe, de lavande, de citron, la poudre de staphysaigre, de simples frictions savonneuses prolongées suivant la méthode de Pfeuffer.

II. Désinfection des vêtements. — Pendant qu'on applique la préparation antipsorique active, il faut faire désinfecter soigneusement à l'étuve ou chez le dégraisseur tout le linge de corps, les flanelles, les caleçons, les bas, les habits, les draps et même les couvertures de lit du malade. Les gants seront détruits.

III. Guérison des lésions cutanées.

Soins consécutifs. — Récidives. — Après la frotte de la gale, il faut s'attacher à calmer l'irritation de la peau et à guérir toutes les lésions cutanées (eczéma, ecthyma, furoncles, lymphangites, etc...) qui existent.

Dans un certain nombre de cas il se produit après l'application du parasiticide une amélioration passagère ; puis, au bout d'une quinzaine de jours, une reprise de tous les symptômes. Il faut alors se livrer à un examen des plus attentifs du malade, et, à la moindre trace nette d'éruption acarienne nouvelle, faire procéder à un nouveau traitement et à une désinfection des plus rigoureuses.

Mais il ne faut pas oublier que dans certains cas, surtout lorsqu'il s'agit de malades nerveux, les démangeaisons et les éruptions prurigineuses persistent et même s'accroissent après la frotte. On doit donc s'armer de patience, calmer le malade au physique et au moral, lui expliquer que, malgré la continuation de ses souffrances, les acares peuvent fort bien être détruits, et on résistera à sa demande immédiate d'une nouvelle application de pommade soufrée.

En attendant l'apparition d'un symptôme pathognomonique de la présence de l'acare, on s'efforcera de combattre l'irritation cutanée, on prescrira un régime sévère, des bains d'amidon, des cataplasmes de fécule, des pommades calmantes avec cold-cream, axonge fraîche, vaseline, glycérolé d'amidon, auxquelles on pourra incorporer de l'oxyde de zinc, du sous-nitrate de bismuth, et, si les démangeaisons sont trop vives, du baume du Pérou, du styrax, du naphtol, ou mieux de l'acide phénique et du menthol.

Nous renvoyons, pour le traitement des diverses complications, aux chapitres où nous parlons de ces dermatoses.

GALES ANIMALES

On donne le nom de *Gales animales* aux éruptions que peuvent déterminer chez l'homme les sarcoptes des animaux.

Les sarcoptes des animaux qui semblent pouvoir provoquer du prurit et des éruptions chez l'homme sont les suivants :

1° *Le sarcoptes scabiei var. Equi,* qui est un peu plus grand que celui de l'homme ; il se communique à ceux qui montent ou qui soignent les chevaux malades ; il provoque du prurit, du grattage, de l'urticaire, des éruptions eczématiformes, vésiculeuses, et papulo-vésiculeuses. Dans un cas célèbre d'E. Besnier que Mégnin a rattaché à la gale du cheval, il y avait une éruption rouge généralisée avec une infinité de petites vésicules ; vers les poignets, le dos des mains, la face, on trouvait des concrétions plâtreuses reposant sur une peau épaissie et lichénifiée, donnant aux lésions l'aspect de la gale Norvégienne.

2° *Le sarcopte du mouton* qui se transmet rarement à l'homme ; 3° *le sarcopte de la chèvre ;* 4° *celui du dromadaire ;* 5° *celui du lama* ; 6° *celui du cochon ;* 7° *celui du chien ;* 8° *celui du lion* ; 9° *le sarcoptes notœdres ou sarcoptes minor* du chat, du lapin et du rat est d'une espèce différente de celui de l'homme et de tous les précédents. Il se transmet assez souvent à l'homme, provoque chez lui une éruption papuleuse et prurigineuse qui guérit facilement par de simples soins de propreté.

GALE NORVÉGIENNE

Danielssen et Boeck observèrent pour la première fois cette affection chez des lépreux de Norvège ; depuis lors, quelques cas isolés en ont été relatés dans différents pays.

Symptômes. — Les lésions cutanées peuvent occuper dans cette forme toute l'étendue des téguments y compris la face. Elles sont constituées par des amas croûteux irréguliers, d'une épaisseur qui varie de quelques millimètres à deux centimètres, faisant une saillie de deux centimètres et plus au-dessus du niveau des téguments, d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, durs et poreux comme de la pierre ponce : ils siègent aux mains et aux membres du côté de l'extension. Quand on les arrache, on trouve au-dessous une surface papillomateuse suintante. Parfois ils forment de véritables carapaces, épaissies, inégales, crevassées. La face, surtout aux sourcils, aux oreilles, aux pommettes, peut en être recouverte. Sur le tronc on ne trouve d'ordinaire que des squames plus ou moins rugueuses de un millimètre d'épaisseur.

Dans la partie profonde de ces croûtes et sur le derme humide mis à nu par leur arrachement, il existe des sarcoptes vivants, femelles ovigères, larves, œufs, et mâles. Les parties superficielles et moyennes des croûtes sont formées de masses épidermiques et d'une énorme quantité de sarcoptes morts.

Les ongles des doigts et des orteils sont souvent déformés, épaissis, soulevés par des masses cornées sous-jacentes.

Le prurit est très variable suivant les cas : il peut être fort intense ou pour ainsi dire nul.

Les sujets atteints de gale norvégienne sont d'ordinaire des adultes qui sont malades depuis fort longtemps. Il semble qu'ils puissent infecter d'autres personnes et qu'ils leur donnent dans ce cas des gales vulgaires.

Le sarcopte de la gale norvégienne est identique à celui de la gale vulgaire. Mégnin a prétendu, probablement à tort, que c'était le sarcopte du loup.

On ne connaît donc pas à l'heure actuelle les causes des particularités si spéciales que présente la gale norvégienne (envahissement de la face et du cuir chevelu, lésions croûteuses exubérantes, et lésions unguéales).

Traitement. — Le traitement est le même que celui de la gale ordinaire. On devra tout d'abord faire tomber les croûtes par des bains prolongés ou des applications émollientes, puis on emploiera les parasiticides.

AUTRES DERMATOZOAIRES PARASITES DE L'HOMME

Pédiculoïdes ventricolosus calestrini ou Sphoerogyna ventricosa (*Laboulbène et Mégnin*). — On désigne sous ce nom un acarien voisin de la famille des sarcoptidés qui provoque des éruptions prurigineuses composées de petites élevures rouges, et de taches érythémateuses sur les régions découvertes, face, cou, mains, avant-bras, thorax, parties génitales des ouvriers qui criblent les grains des céréales, l'orge en particulier (voir Pascal, érythème scarlatiniforme desquamatif généralisé d'origine parasitaire, *Annales de Dermat.*, p. 946, 1900).

Ixodes (Tiques. — Poux de bois. — Garapattes.) — Les *ixodes* sont des acariens dont les femelles fécondées enfoncent profondément leur proboscide dans les téguments et sucent le sang jusqu'à ce que leur corps distendu forme de petites tumeurs arrondies. Si l'on a le malheur de tirer sur eux avec violence, leur tête reste enfoncée dans les téguments et produit des boutons douloureux. Il faut leur faire lâcher prise en les arrosant d'huile, de pétrole, de benzine ou d'essence de térébenthine. Ils se détachent alors spontanément.

L'espèce la plus connue en Europe est l'Ixodes reduvius ou Ixodes ricinus.

Argas. — Les *argas* sont des ixodidés privés d'écusson et dont les mœurs sont les mêmes que celles des ixodes. La seule espèce connue en Europe est l'Argas reflexus, qui est avant tout un parasite des pigeons. Les argas provoquent chez l'homme par leur piqûre des plaques œdémateuses de la largeur d'une pièce de 5 francs avec vive sensation de prurit : elles disparaissent en quelques heures. Parfois elles s'accompagnent d'une éruption vésiculeuse.

Rouget. — Leptus autumnalis. — Leptus irritans.

Symptômes. — Le rouget est la larve du trombidion soyeux, ordre des acariens, famille des trombidiés (Mégnin). C'est un petit animal de 23 centièmes de millimètre de long, rouge orangé, orbiculaire. Il habite les bois et les jardins et attaque ceux qui se couchent par terre. Il se fixe surtout à la base des poils et des follets en y enfonçant ses mandibules, tandis que la partie postérieure de son corps fait une saillie rouge autour de laquelle se développe une légère inflammation caractérisée par des papules, du prurit, parfois par des vésicules et des pustules. Dès qu'il est fixé, son abdomen se dilate peu à peu jusqu'à avoir des dimensions quintuples.

Traitement. — Des lotions parasiticides ou des pommades légères au soufre, à l'acide phénique ou au sublimé le détruisent très rapidement. Mégnin conseille de faire des onctions de benzine.

Dermanyssus gallinæ. — Les *dermanysses* sont des acariens parasites de gallinacés; ils se trouvent surtout dans les poulaillers; ils peuvent déterminer sur les mains et les avant-bras des filles de ferme une éruption papuleuse prurigineuse. Quelques lotions au vinaigre, à l'acide phénique au centième, ou au sublimé au millième suffisent pour la faire disparaître.

Pulex penetrans. — Chique. — Puce des sables.

Symptômes. — La *puce chique* (rhynchoprion penetrans) est un insecte aphaniptère, genre rhynchoprion. Elle est fort petite, d'un millimètre de longueur, ovoïde, d'un rouge brun ; elle habite les sables et surtout les herbes sèches dans l'Amérique centrale. Récemment importée en Afrique, elle s'y est propagée en peu d'années. Quand elle est fécondée, elle pénètre dans la peau, surtout aux jambes, aux pieds, aux orteils et sous les ongles; puis elle grossit démesurément par suite du développement des œufs, et ressemble à un petit pois : elle cause alors une inflammation douloureuse, des vésicules, des pustules, des lymphangites, des abcès.

Traitement. — Il faut l'extraire avec une aiguille ou avec un instrument approprié, et avoir bien soin de ne pas la crever, car alors les œufs se répandent dans la plaie, l'infectent et peuvent déterminer de la gangrène. On la détruit aussi sur place avec le fer rouge. Comme moyen préventif on ne doit pas marcher nu-pieds; il est bon de s'enduire les extrémités inférieures d'huiles essentielles.

On a préconisé contre ce parasite les frictions à l'onguent mercuriel, les lotions de térébenthine, de benzine, de chloroforme, d'acide phénique dilué, ou bien des cataplasmes de farine de graine de lin arrosés d'alcool camphré ou de thymol (voir J. Viñeta-Bellaserra, 1902).

Larves de diptères. — Œstres.

Symptômes. — On a donné le nom de *myiasis* aux divers accidents que peuvent causer chez l'homme certaines larves de diptères : ces larves sont le plus souvent appelées œstres, et appartiennent aux deux familles des *muscides* et des *œstrides*. Les insectes déposent leurs œufs sur les plaies, dans les téguments, dans les cavités naturelles, telles que le conduit auditif externe, les fosses nasales, les conduits lacrymaux, les sinus frontaux et maxillaires, le pharynx, l'estomac, l'intestin, etc.

Ces œufs germent et donnent naissance à une larve, sorte de ver qui, lorsqu'il se développe dans les tissus, est contenu dans une petite poche ou une petite tumeur furonculeuse.

Le nombre des diptères qui ont été incriminés est fort grand (voir Mégnin) : nous nous bornerons à citer la *lucilia* ou *calliphora hominivorax* de l'Amérique centrale, la *calliphora antropophaga* de l'Amérique méridionale, le *ver du Cayor* dont l'insecte parfait est l'*ochromya anthropophaga*, la *dermatobia noxialis* dont la larve est connue sous le nom de *ver macaque* (Nouvelle-Grenade, Bahia), et de *ver moyoquil* (Amérique centrale), la *sarcophila Wohlfarti* qui habite l'Europe, surtout la Russie, et dont les larves sont fréquentes chez les enfants de moins de

treize ans: elles vivent dans les oreilles, le nez et même le palais; elles produisent des douleurs atroces et des hémorragies nasales ou auriculaires. Elles peuvent aussi attaquer les yeux. Elles causent des lésions de la plus grande gravité, car elles dévorent toutes les parties molles des régions atteintes.

Dans nos pays on peut voir des larves de diptères se développer sur des plaies mal tenues, ou dans des chevelures incultes. Balzer et Schimpff ont observé récemment des larves de sarcophila magnifica sur des ulcères, et des larves de Lucilia Cœsar sur un cuir chevelu.

Traitement. — On pansera les plaies avec de l'alcool camphré, de l'essence de térébenthine, des huiles empyreumatiques, du camphre en poudre, etc., enfin et surtout on s'efforcera d'enlever les larves mécaniquement et directement avec un instrument quelconque, ou, si c'est impossible, au moyen d'injections antiseptiques.

Larva migrans (*Creeping eruption.*) (*Hyponomoderma de Kaposi*). — En 1874, R.-J. Lee fit une communication à la Société clinique de Londres sur le cas d'un enfant de trois ans atteint d'une affection cutanée bizarre caractérisée par une ligne d'un rose pâle qui progressait journellement de quelques centimètres en suivant les trajets les plus irréguliers : il lui donna le nom de *creeping eruption*. En 1884 il en fit connaître un second cas et émit l'idée qu'elle était causée par un parasite quelconque.

Fig. 62. — Larva migrans (Creeping disease). Face antérieure et externe de la jambe gauche. Le sillon parcouru par le parasite se croise et se recroise en tous sens.

Depuis lors d'assez nombreuses observations en ont été publiées : nous en avons étudié trois cas, deux chez des étrangers, un chez un Français.

L'affection se caractérise au point de vue objectif par une ligne rouge ou rosée, de 1 à 3 millimètres, rarement plus, de large, très irrégulièrement sinueuse, revenant parfois sur elle-même de façon à se croiser et à se recroiser de la manière la plus capricieuse, parcourant ainsi certaines régions du corps. L'extrémité active de cette fine bande linéaire avance chaque jour d'une longueur assez variable suivant les cas et suivant les jours, de 1 à 10 centimètres environ. Elle ne se bifurque jamais. Elle peut rester stationnaire un certain temps, puis repartir. A mesure qu'elle avance, les vieux trajets parcourus pâlissent, s'effacent en laissant une légère pigmentation. D'ordinaire la zone d'extension est le siège d'un prurit assez accentué.

La durée de l'affection varie de quelques jours à plusieurs mois.

Le diagnostic s'impose.

Les enfants sont peut être plus atteints que les adultes : cependant nos trois malades étaient âgés de trente à quarante ans.

Nous avons inutilement avec Lenglet et Delaunay cherché le parasite dans un de

nos cas. Les coupes faites en séries par Lenglet dans la partie terminale du sillon n'ont pu le révéler, mais elles ont permis de constater la présence fort nette d'un tunnel qui allait en se rétrécissant. La plupart des auteurs qui ont observé ces faits, et parmi eux nous citerons R. Crocker, van Harlingen, L. P. Hamburger, etc., n'ont pas été plus heureux que nous (voir le travail intéressant de L. P. Hamburger. *The journal of. cut. dis.*, p. 207, 1904).

Il n'en a pas été de même en Russie. Samson, Himmelstjerna, Sokolow, etc. ont décrit et dessiné un parasite qui serait la cause de cette affection. Ce serait une larve minuscule et d'à peine 1 millimètre de long qui serait la larve du gastrophilus pecorum ou gastrophilus hœmorrhoïdalis transmissible des troupeaux à l'homme.

On a préconisé contre cette curieuse affection les badigeons de sublimé : nous avons guéri nos malades avec de larges applications de teinture d'iode.

J.-B. Shelmire (*The journal of cut. dis.*, p. 257, juin 1905) conseille de détruire directement l'animal dans les tissus en faisant agir sur lui à travers l'épiderme l'aiguille électrolytique négative. Ce procédé, très élégant, nous paraît avoir un vice radical, l'impossibilité totale où l'on est de percevoir le parasite.

Béranger-Féraud a observé au Sénégal une affection analogue et que l'on désigne dans ce pays sous le nom de *Larbisch*.

C. — PARASITES ANIMAUX POUVANT PÉNÉTRER DANS L'INTÉRIEUR DE L'ORGANISME

Cysticerques du tissu cellulaire.

Symptômes. — On a publié plusieurs cas de *cysticerques de la peau et du tissu cellulaire* sous-cutané. Les malades présentent des tumeurs multiples presque toujours sous-cutanées, rondes ou ovalaires, non douloureuses, non inflammatoires, élastiques, quelquefois dures, et qui peuvent rester fort longtemps stationnaires. Leur contenu est liquide et renferme des cysticerques. Le diagnostic n'est possible que par la ponction de la petite nodosité et par l'examen du liquide dans lequel on peut trouver des crochets.

Traitement. — Le seul traitement radical est l'incision et l'extirpation de la poche. On pourrait essayer les injections de liquide antiseptique, en particulier les injections iodées.

Ankylostomiase. — *Le Pani-ghao*. — Looss a prouvé (1898-1904) que les larves d'ankylostome duodénal pénètrent dans la peau en produisant un peu de rougeur et de prurit ; elles traversent les follicules pileux, passent dans le derme, entrent dans les veines de la peau, arrivent au poumon, dans les alvéoles, puis dans les bronches et la trachée pour atteindre l'œsophage et redescendre dans l'estomac et l'intestin.

Dans les pays où l'ankylostomiase est endémique, il y a des éruptions endémiques symptomatiques de cette affection. Elles sévissent surtout dans l'Assam et dans les états méridionaux des États-Unis d'Amérique.

D'après Dubreuilh (*Presse méd.*, 15 avril 1905, p. 233) on les appelle *Pani-ghao* (mal d'eau) ou *water-sore, sore feet of coolies, water-itch, ground-itch*, etc... dans les plantations de thé de l'Assam.

D'après Jeanselme (*Cours de dermatologie exotique*, 1904, p. 225) le *pani-ghao* qui sévit sur les coolies des jardins de thé du Haut-Assam, en particulier dans le district de Dibrugarh, serait probablement une variété de l'ulcère des pays chauds.

La lésion a pour siège d'élection le pied : c'est le « Sore feet » des Anglais.

« Le premier symptôme est une vive démangeaison qui va en s'accroissant jusqu'au second jour. Alors le pied gonfle, la marche devient douloureuse, et une éruption apparaît. Ce sont de petites taches rouge sombre, qui se transforment bientôt en vésicules de 2 à 5 millimètres de diamètre ; elles sont disséminées ou groupées comme un bouquet d'herpès. Ces poussées éruptives sont l'origine d'abcès et d'ulcères qui prennent souvent une très grande extension lorsqu'ils occupent les plis interdigitaux des orteils.

« Le contage, encore inconnu, a certainement pour habitat le sol détrempé par les pluies, d'où le nom de « water sore ».

« Des bains et des pansements phéniqués, de la poudre boro-iodoformée maintenue par une feuille d'ouate, sont les remèdes employés contre le pani-ghao. » (Jeanselme).

Or l'étiologie et la pathogénie de cette affection semblent être maintenant connues, comme nous venons de le dire plus haut.

Bentley a fait remarquer que dans les plantations ou le pani-ghao sévit, presque tous les coolies ont des œufs d'ankylostomes dans leurs fèces. Cet auteur a pu reproduire le pani-ghao expérimentalement avec de la terre infectée par les ankylostomes. Smith a fait et réussi les mêmes expériences aux États-Unis.

Filaire de Médine. — *Ver de Guinée*. — *Dragonneau*. — La filaire de Médine est un helminthe nématoïde des pays tropicaux qui pénètre dans le corps par l'intermédiaire des cyclopes (petits crustacés d'eau douce) dont il est le parasite. D'après quelques auteurs, il traverserait directement les téguments en venant du dehors; mais l'opinion généralement admise aujourd'hui est qu'il pénètre au contraire dans l'économie par le tube digestif. Quoi qu'il en soit, il se fixe sous la peau, surtout aux membres, aux bras, aux avant-bras, aux jambes et aux pieds; il s'y développe en donnant lieu à des démangeaisons localisées, puis à des tumeurs inflammatoires au niveau desquelles le derme s'amincit et s'ulcère peu à peu, en donnant passage au ver adulte dont la longueur varie de 50 centimètres à deux mètres.

Traitement. — Le traitement traditionnel consiste à extraire la filaire : on le fait avec précaution et peu à peu, en l'enroulant autour d'une baguette. Cette extraction dure plusieurs heures et parfois même plusieurs jours : il ne faut pas la casser, car autrement les œufs se répandraient dans les tissus et occasionneraient des désordres considérables.

En 1894 Emily a fait connaître un nouveau procédé qui consiste à injecter 1 centimètre de solution de sublimé au millième dans la filaire ou le plus près possible d'elle. Elle meurt d'ordinaire, se résorbe, ou se laisse extraire facilement.

Béclère a proposé de soumettre le ver à l'action directe du chloroforme pour l'endormir. Cette méthode a échoué entre les mains d'Antony (*Soc. méd. des hôp.*, 4 nov. 1904).

On doit éviter de faire usage, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, de toute eau suspecte, avant de l'avoir purifiée par le filtrage et l'ébullition [1].

[1] Pour être complets, il nous faudrait décrire ici l'éléphantiasis filarien. On le trouvera aux tableaux d'ensemble et grands syndromes inclassables.

Craw-Craw. — O'Neill a décrit sous le nom de *Craw-Craw* une maladie prurigineuse des noirs de la Côte Occidentale d'Afrique. Elle est constituée par des papules disséminées ou groupées qui se surmontent d'une vésicule ou d'une pustule. Elle serait contagieuse ou provoquée par des filaires minuscules : mais cela mérite confirmation.

Papulose filarienne. — Nielly a donné le nom de *papulose filarienne* à une maladie bizarre qu'il a observée chez un jeune breton, et qui consistait en vésico-pustules siégeant surtout sur la face externe des avant-bras, sur le quart interne des téguments du dos de la main, aux fesses, à la partie externe des cuisses. Il aurait trouvé dans la sérosité purulente des vésico-pustules des filaires d'un tiers de millimètre de long sur 13 millièmes de millimètre de large. Peut-être étaient-ce des larves de Rhabditis (R. Blanchard).

AFFECTIONS CUTANÉES DÉPENDANT TRÈS PROBABLEMENT DE L'INOCULATION DE TRYPANOSOMES

Bouton de Biskra. — Sous le nom de *bouton de Biskra* (Algérie), *de Gafsa* (Tunisie), de *chancre du Sahara*, de *bouton des Zibans*, de *bouton du Nil* (Égypte), d'*Alep* (Syrie), *de Bagdad* (Mésopotamie), *du Yémen* (Arabie), *de Delhi* (Hindoustan). etc., on a décrit une affection bien caractérisée au point de vue clinique, qui règne à l'état endémique dans les pays que nous venons d'énumérer. On lui donne aussi d'une manière plus compréhensive, le nom de *bouton d'Orient ou des pays chauds*.

Symptômes. — La période d'incubation du bouton d'Orient varie de trois jours à un ou plusieurs mois : il peut donc ne se manifester que lorsque le sujet est déjà fort éloigné de l'endroit où il a été contaminé.

Fig. 63. — Clou de Gafsa, joue gauche, chez un jeune soldat venant de la Tunisie.

Il débute parfois par une démangeaison plus ou moins vive; puis apparaît une tache rougeâtre dont le centre s'élève bientôt et devient papuleux et conique (*première période* ou *période d'induration*). Il se recouvre ensuite de lamelles blanches, sèches, minces d'abord, puis plus épaisses, qui desquament (*deuxième période* ou *période de desquamation*). Peu à peu il augmente d'étendue; les tissus s'infiltrent de plus en plus et prennent une teinte d'un rouge terreux, parfois d'un rouge vif. La lésion peut aussi s'étendre par l'adjonction de petites lésions voisines : d'abord à peu près indolente ou légèrement prurigineuse, elle devient le siège d'un prurit assez marqué et est douloureuse à la pression.

Bientôt on voit se former de petits points d'un blanc jaunâtre, sous-épidermiques,

et qui paraissent assez profondément situés; d'après quelques auteurs ils correspondent aux follicules pileux enflammés. Le bouton prend une teinte d'un rouge plus vif, l'épiderme se rompt au niveau des points jaunâtres et l'ulcération est constituée (*troisième période* ou d'*ulcération*).

La partie centrale de la tumeur se recouvre dès lors d'une croûte d'un jaune brunâtre extrêmement adhérente formée par des squames épidermiques et par le liquide ichoreux qui suinte de l'ulcération : au-dessous de cette croûte on trouve le derme d'un rouge vif, tuméfié, infiltré, couvert d'une sérosité limpide, louche ou purulente, parfois lisse, parfois tellement mamelonné qu'il a l'aspect papillomateux : les parties creuses correspondent aux points jaunâtres primitifs, et les mamelons aux tissus intermédiaires. Tout autour de cette ulcération de forme arrondie ou ovalaire, mais presque toujours à contours assez irréguliers, déchiquetés, taillés à pic, intéressant le derme et quelquefois le tissu cellulaire sous-cutané, on peut voir toute une rangée de points jaunâtres sous-épidermiques; ce qui montre que le processus ulcératif n'est pas terminé.

Le bouton d'Orient a des dimensions très variables, de un demi-centimètre à 6 ou 10 centimètres de diamètre. D'ordinaire il ne s'enflamme pas à moins d'être soumis à des traumatismes répétés. Mais, en dehors de toute irritation artificielle, il peut se compliquer de lymphangites, de tuméfaction et de suppuration des ganglions lymphatiques, de phlébite ou d'érysipèle.

Après un laps de temps plus ou moins long, il tend spontanément à la *cicatrisation* (*quatrième période*). Les croûtes se dessèchent, se détachent peu à peu et tombent en laissant au-dessous d'elles une surface rosée un peu mamelonnée, sèche, qui s'affaisse bientôt; il reste d'ordinaire une cicatrice indélébile d'un rouge terreux, puis franchement terreuse, enfin blanchâtre ou bleuâtre suivant les cas; elle est fort souvent déprimée; les poils sont détruits à son niveau; parfois même, lorsque le bouton siège au visage, il peut y avoir des difformités consécutives.

Quand on a détaché la croûte avant la cicatrisation de l'ulcération, celle-ci suppure pendant un laps de temps presque toujours assez long, puis se cicatrise lentement de la périphérie au centre. C'est là une condition de guérison défectueuse.

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, et suivant l'évolution du mal, on a décrit des *formes abortives, squameuses, croûteuses, ulcéreuses graves, villeuses* ou *papillomateuses, confluentes*.

La durée totale varie de quelques mois à un an au plus.

Il peut n'y avoir qu'un seul bouton, mais la règle est qu'ils soient multiples. Ils sont situés sur les parties découvertes, mains, avant-bras, pieds, jambes, face; mais toutes les autres parties du corps peuvent être intéressées.

Anatomie pathologique. — Au point de vue *anatomo-pathologique* le clou de Biskra est une sorte de tumeur embryonnaire. On trouve dans le derme des îlots de nécrose constitués par un exsudat fibrineux, des hématies, des leucocytes et des éléments conjonctifs en dégénérescence. Tout autour se voient des cellules géantes, et un processus inflammatoire qui se traduit par des réactions de l'appareil conjonctivo-vasculaire et de la diapédèse. Plus en dehors existent des infiltrats cellulaires où prédominent les mononucléaires; on trouve dans la couche papillaire quelques plasmazellen. Il y a une hypertrophie papillaire considérable avec hyperacanthose et un peu de parakératose (voir pour plus de détails Leloir et surtout Jeanselme, *Cours de Dermatologie exotique*, 1904).

Diagnostic. — Nous devrions pour être complets faire le diagnostic du bouton d'Orient et de toutes les ulcérations de la peau. Ce serait aussi fastidieux qu'inutile. Les lésions auxquelles il ressemble le plus sont le *lupus vulgaire* qui n'en a pas d'ordinaire la saillie et l'ulcération centrales, *et la syphilis*, parfois presque impossible à diagnostiquer, mais qui n'en a ni la coloration, ni l'ulcération relativement superficielle pour le volume de l'induration périphérique, ni le mode de groupement. Quant au *chancre induré*, à l'*ecthyma*, à l'*épithéliome*, aux *folliculites agminées*, *aux furoncles* (voir ces mots), ils peuvent parfois simuler le clou de Biskra, mais un examen attentif et l'analyse des symptômes ne laisseront pas longtemps dans le doute.

En présence d'une lésion cutanée d'aspect un peu insolite rappelant le bouton d'Orient, il faut penser à la possibilité de cette dermatose, et interroger immédiatement le malade dans ce sens : les commémoratifs permettront alors de poser le diagnostic.

Étiologie. — Le clou de Biskra est une *affection endémique, contagieuse, inoculable et auto-inoculable*. Des individus atteints de cette dermatose peuvent créer des foyers d'infection dans des pays où elle est inconnue ; seulement ces foyers s'éteignent aussitôt. Il semble que la maladie une fois guérie confère une certaine immunité temporaire. Les saisons ont en Algérie quelque influence sur sa genèse : elle commence à se montrer à la fin de septembre, et elle est surtout fréquente en octobre et en novembre. On a beaucoup incriminé les eaux des régions où elle règne. Il est en effet probable que l'élément pathogène est contenu dans ces eaux, et qu'il pénètre dans la peau excoriée lorsqu'on se lave ou qu'on se baigne. Les plus petites plaies, les plus petites lésions cutanées ont de la tendance à se transformer dans ces pays en boutons d'Orient. Les mauvaises conditions d'hygiène, l'alimentation, le tempérament ne jouent pour ainsi dire aucun rôle : il en est de même de l'acclimatement.

On a soupçonné depuis longtemps l'existence d'un microbe dans ces lésions. Les recherches de Du Claux et de Chantemesse, celles de Boinet et de Dépéret, de Poncet, d'Heydenreich, de Le Dantec et Auché, de Nicolle et Nourry-Bey qui ont trouvé des staphylocoques et des streptocoques n'ont pu entraîner la conviction.

En 1904 Herxheimer et Bornemann ont décrit des corpuscules, déjà vus par Wright, et qui sont des trypanosomes, comme étant les agents pathogènes du clou de Biskra, et ces recherches sont vraiment séduisantes, car elles expliquent le rôle pathogène considérable des moustiques dans la genèse de cette affection. Mesnil, Nicolle et Remlinger ont le 23 juillet 1904 décrit à la Société de biologie l'agent pathogène du bouton d'Alep comme étant un protozoaire dépourvu de flagelle. J.-H. Wright (*Journal of. cut. dis.*, janvier 1904, p. 1) avait déjà fait connaître des corpuscules analogues sous le nom de *Helcosoma tropicum*.

Traitement. — Le traitement général n'a pour ainsi dire aucune importance contre l'affection elle-même. Mais il peut être utile d'administrer des toniques si le malade est débilité : le fer, l'huile de foie de morue et l'arsenic, méritent dans ce cas d'être recommandés. Ranking, prétendant que le bouton d'Orient est d'origine palustre, prescrit la quinine et l'arsenic, et soutient que, lorsqu'on donne ces médicaments, les lésions cutanées guérissent avec la plus grande facilité : nous croyons qu'une pareille assertion demande à être vérifiée par de sérieuses recherches avant d'être acceptée.

Au point de vue local on a essayé de nombreux topiques. La pratique de beaucoup la plus simple et la meilleure consiste à traiter la maladie par l'expectation en respectant la croûte avec le plus grand soin.

Si la croûte tombe, on poudre avec une poudre astringente, telle que la poudre de Henné (Arabes), la poudre de tannin, de sous-carbonate de fer, d'iodol, d'iodoforme, ou bien on recouvre soit avec de l'emplâtre de Vigo, soit avec de l'emplâtre rouge d'E. Vidal (minium 1gr 50 ; cinabre 2, 50 ; diachylon 26) ; nous croyons, d'après les résultats que nous en avons obtenus dans les ulcérations cutanées, que l'on pourrait aussi se servir avec avantage dans ce cas de la poudre d'aristol, ou d'iodol, ou d'ectogan, ou de dermatol.

Si la réaction inflammatoire est très vive, on applique des cataplasmes faits avec de l'eau boriquée, ou plusieurs doubles de tarlatane trempée dans de l'eau de camomille boriquée ou faiblement phéniquée et recouverte de taffetas gommé.

On a aussi proposé de faire des pansements antiseptiques rigoureux à l'acide phénique ou au sublimé : il convient de les surveiller de fort près.

On peut essayer de détruire complètement le bouton au début. La méthode la plus efficace dans cet ordre d'idées est l'excision pure et simple avec réunion par première intention ; on peut aussi le cautériser au fer rouge ; on a employé l'acide nitrique concentré, la potasse caustique, la teinture d'iode, l'acide phénique, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent, l'onguent vésicatoire contenant 20 p. 100 de son poids de poudre de cantharide que l'on laisse en application pendant deux ou trois heures, à trois ou quatre reprises, à deux jours d'intervalle (Coppin).

Malméjac a préconisé des pulvérisations filiformes du clou avec de l'eau bouillie que l'on laisse refroidir à 60° environ : on emploie chaque fois 200 centimètres cubes d'eau puis on fait un pansement à la gaze aseptique.

Il semble que la radiothérapie ait parfois réussi (Herxheimer).

Prophylaxie. — Quand on habite une localité où le bouton d'Orient est endémique, il est bon de soigner exactement toutes les excoriations que l'on peut avoir aux téguments, de se savonner de temps en temps, et de ne jamais se servir pour les soins de toilette que d'eau rigoureusement stérilisée par l'ébullition.

Ulcère du veld. — A. Ogston, Harland, etc... ont décrit sous le nom d'*ulcère du Veld* une lésion spéciale à l'Afrique du Sud qui semble être consécutive à des piqûres de taons. Elle commence par une sorte de petite papule prurigineuse qui grandit rapidement. L'épiderme est soulevé par de la sérosité louche et se rompt. Il en résulte un ulcère arrondi de 15 à 40 millimètres de diamètre couvert d'une croûte, assez douloureux et entouré d'une auréole érythémateuse. Ces ulcères sont presque toujours multiples : on les observe à la face dorsale des doigts et des mains et aux avant-bras, beaucoup plus rarement aux jambes et à la face. Il y a parfois, mais assez rarement, de la lymphangite et de la fièvre. D'après Ogston la sérosité qui imbibe les bords de l'ulcère contient en abondance un diplocoque ressemblant au gonocoque. Il nous paraît probable que cette lésion doit reconnaître une pathogénie analogue à celle du clou de Biskra ; aussi la classifions-nous à côté de lui dans le groupe des affections cutanées causées par les trypanosomes.

Le traitement consiste à exciser l'épiderme soulevé et à faire des applications antiseptiques (voir le traitement de l'*Ecthyma*).

AFFECTIONS CUTANÉES CAUSÉES PAR DES SPOROZOAIRES

PALUDISME

Éruptions cutanées se reliant au paludisme : les paludides.

On sait que, depuis les belles recherches de Laveran, on attribue l'infection palustre de l'homme à la présence dans son sang d'hémosporodies parasites auxquelles on a donné le nom d'hématozoaires du paludisme : ce sont des sporozoaires. Nous renvoyons pour leur étude aux ouvrages spéciaux et aux traités de médecine générale.

Le paludisme peut provoquer certaines éruptions.

L'étude de ces dermatoses palustres est encore bien obscure. Nous pouvons cependant en donner une certaine vue d'ensemble.

Verneuil et Merklen ont été les premiers à étudier d'une manière précise et vraiment scientifique les éruptions cutanées du paludisme (*Annales de Dermat.*, 25 nov. 1882).

On peut les diviser en deux grandes catégories suivant qu'elles accompagnent les accès de fièvre palustre, suivant qu'elles constituent à elles seules toutes les manifestations d'un paludisme larvé.

a) *Dermatoses accompagnant les accès de fièvre palustre.* — On a relevé chez les paludiques de l'herpès, de l'urticaire, du purpura, de la furonculose, etc...

L'*herpès paludique*, bien étudié par Verneuil et Merklen, est une des manifestations cutanées les plus fréquentes du paludisme. Il peut précéder les accès de fièvre intermittente, se produire pendant l'un des trois stades de l'accès ou après sa terminaison. Il peut aussi se montrer alors que les accès de fièvre ont été supprimés par le sulfate de quinine. Il se localise surtout à la face, au pourtour des lèvres et des narines, aux paupières, à la cornée, et aux points du corps les plus richement innervés.

L'*urticaire palustre*, d'après Verneuil et Merklen, accompagne surtout les accès de fièvre tierce : elle est assez fréquente.

Moncorvo a décrit l'*érythème noueux palustre* en 1892, P. Sensini et C. Vignolo-Lutati en 1900 un *rupia* palustre.

b) *Dermatoses constituant par elles-mêmes l'unique symptôme de l'infection palustre. — Les paludides vraies.* — « Quelquefois l'éruption vésiculeuse (herpès) peut se produire, comme le dit Griesinger et comme le répète Hirtz, alors que les accès ont été coupés par le sulfate de quinine. Ce dernier fait a une grande importance ; il prouve que l'éruption herpétique est indépendante dans certains cas de l'appareil fébrile, et que, dès lors, on ne saurait simplement en rechercher la cause dans les troubles de la circulation, de la calorification, ou encore dans les modifications humorales qui caractérisent la fièvre, quelle qu'en soit la nature. Et de cette notion que l'herpès se montre chez des paludiques après suppression des accès de fièvre par le sulfate de quinine, on peut conclure que cette éruption est, dans certains cas, une manifestation directe du paludisme, et peut être considérée comme une véritable fièvre larvée. » (Verneuil et Merklen, *loc. cit.*, p. 628.)

Une des manifestations les plus fréquentes de cette fièvre palustre larvée cutanée est certainement l'*urticaire* (Ch. Leroux, *Annales de Dermat.*, 2me série, t. IV, p. 12). Cette urticaire palustre est caractérisée par des accès presque toujours quo-

tidiens revenant à des heures fixes ou variables. Nous en avons observé quelques cas qui ont guéri par la quinine.

Nous avons soigné également un cas d'*acro-asphyxie des extrémités* intermittente d'origine palustre. On peut en rapprocher le cas publié par Osler en 1900 de *gangrène multiple* développée chez un paludéen, et qui guérit sous l'influence de la quinine.

En 1896 (*Annales de Dermat.*, p. 1) nous avons étudié une malade qui présentait sur le nez une éruption composée de papulo-vésicules agglomérées, tangentes et comme confluentes de façon à former une plaque, restant cependant assez nettement distinctes les unes des autres.

La base sur laquelle elles reposaient était d'un rouge plus ou moins vif suivant le degré de congestion des téguments, mais elle paraissait un peu épaissie et infiltrée comme dans les eczémas nummulaires rebelles ; comme dans cette dernière forme éruptive, les limites de la lésion étaient assez nettes. Sur cette base rouge se voyaient les vésicules rompues par lesquelles tous les matins il suintait goutte à goutte un liquide séreux citrin, transparent, empesant légèrement le linge ; dans l'après-midi, la surface de la plaque était sèche.

Tous les deux jours il y avait le matin un grand accès de congestion de la plaque et de suintement ; le jour intercalaire il y avait un petit accès. Ces accès se succédaient avec une régularité parfaite en alternant. Ces poussées congestives devenaient perceptibles le matin vers les quatre ou cinq heures ; elles atteignaient leur maximum vers les huit heures, puis, peu à peu, elles se calmaient et disparaissaient totalement vers l'après-midi. Les manifestations cutanées affectaient donc ici le type double tierce. La malade était atteinte d'impaludisme invétéré.

Dans ce cas la preuve absolue de la nature palustre des accidents cutanés fut donnée par la thérapeutique. Après un insuccès complet par l'emploi de divers topiques essayés pendant plusieurs semaines, nous donnâmes la quinine à assez hautes doses, et nous vîmes les phénomènes congestifs, les poussées matinales disparaître, la lésion s'affaisser, rétrocéder. Nous cessâmes la quinine, et, au bout de quelques jours, les phénomènes morbides reparurent avec toutes leurs particularités ; nous redonnâmes la quinine, et ils s'évanouirent de nouveau, et ainsi de suite deux fois encore.

Ce fait nous paraît donc constituer une forme cutanée vraie et pure de l'impaludisme larvé.

La quinine et l'arsenic sont dans ces cas les médicaments héroïques.

CLASSE II

DERMATOSES PARASITAIRES

SOUS-CLASSE II

DERMATOSES CAUSÉES PAR LES PARASITES VÉGÉTAUX

Vue d'ensemble. — L'étude des végétaux parasites de l'homme et des dermatoses qu'ils provoquent a subi une transformation totale pendant ces quinze dernières années. Le méthode des cultures sur divers milieux a permis de préciser beaucoup de points obscurs, et d'en mettre en lumière de nouveaux.

Parmi les auteurs qui ont contribué à cette révolution, nous devons citer au premier rang en France Sabouraud et Bodin. Nous prendrons leurs travaux pour guides dans tout ce qui va suivre.

Nous avons vu dans les généralités que nous divisons les dermatoses causées par les parasites végétaux en trois groupes secondaires qui sont :

A. Affections cutanées causées par des parasites végétaux qui habitent exclusivement l'épiderme. — Elles comprennent :

1° *L'érythrasma* causé par le *microsporon minutissimum ;*

2° Le *Pityriasis versicolor* causé par le *microsporon furfur ;*

3° Les *caratès ;*

4° Le *tokelau ;*

5° Le *Pityriasis simplex,* que nous classifions ici provisoirement, car tout n'est pas dit ni sur la valeur pathogène de la spore de Malassez ni sur la nature même de ce microorganisme.

B. Affections cutanées causées par des parasites végétaux qui ont une prédilection toute spéciale pour le système pileux. — Elles comprennent :

1° La *teigne tondante de Gruby-Sabouraud* causée par le *microsporon Audouini.*

2° Les *Trichophyties vraies.*

2° Le *Favus* causé par l'*achorion de Schœnlein.*

4° Les *Piedras.*

C. Affections cutanées causées par des parasites végétaux qui affectent le derme et l'épiderme. — Elles comprennent :

1° L'*Actinomycose* causée par l'*oospora actinomyces.*

2° Le *Pied de Madura* causé par le *streptothrix Maduræ*.

3° Les *Blastomycoses*, affections surtout décrites en Amérique et encore bien discutées en Europe.

A. — AFFECTIONS CUTANÉES CAUSÉES PAR DES PARASITES VÉGÉTAUX QUI HABITENT EXCLUSIVEMENT L'ÉPIDERME

1° ÉRYTHRASMA

On donne le nom d'*érythrasma* à « une épidermophytie ordinairement érythématoïde, intertrigineuse presque toujours, mais susceptible de s'étendre des plis aux surfaces libres, avec un certain degré d'épaississement de l'épiderme qui s'exfolie en squames très petites. L'agent pathogène est un parasite très ténu, le *microsporon minutissimum*. » (Balzer, *Pratique Dermat.*, p. 540, t. II).

C'est à Burchardt (1859) que l'on doit la découverte du microsporon minutissimum. Bœrensprung (1862) créa le mot d'érythrasma. Köbner en 1866 étudia expérimentalement cette affection. Balzer en établit définitivement l'histoire en 1883.

Description du parasite. — Pour préparer le microsporon minutissimum, on lave les squames dans l'éther ou l'alcool, puis on les met dans la potasse à 40 p. 100. Qand on veut observer les détails des parasites, on colore les squames avec l'éosine à l'alcool ; on les décolore pendant quelques instants avec une solution d'acide chlorhydrique au tiers ; on lave à l'eau distillée, à l'alcool absolu, à l'essence de girofle, et on monte dans le baume du Canada.

« Dans les squames non dissociées, le microsporon minutissimum montre des groupes de spores serrées, très petites, semblables à des microcoques. Autour de ces spores serpentent de nombreux mycéliums, très minces, tantôt groupés en faisceaux serrés, tantôt formant un réseau serré inextricable.

« La grande richesse du parasite se reconnaît sur les squames isolées par la dissociation. On voit là des sporules petites, rondes, constituées par un petit noyau et une enveloppe homogène ; les tubes sont très fins, mais de dimensions variables, quelquefois droits, souvent noueux, serpentins en S ou en U, contournant les cellules cornées. Ils sont composés d'articles placés bout à bout. Quelques tubes sont pleins, d'autres contiennent des sporules ; celles-ci forment aussi des chaînettes. Les tubes les plus volumineux ont 0,6 μ d'après Weyl et pourraient aller jusqu'à 1 μ, 50 suivant Sabouraud. » (Balzer).

Le parasite habite la couche cornée de l'épiderme ; il pénètre jusqu'au voisinage du corps muqueux : il n'intéresse pas les poils.

Étiologie. — L'érythrasma est relativement fréquent : il s'observe dans toutes les classes de la société. Il est beaucoup plus commun chez l'homme que chez la femme. Ses sièges d'élection sont la région inguino-crurale, puis l'aisselle.

Nous avons observé des cas qui nous paraissent assez nets de transmission de l'érythrasma de l'homme à la femme.

Symptômes. — Dans la grande majorité des cas, l'érythrasma passe complètement inaperçu, surtout au début ; il y a des sujets qui peuvent en être atteints

depuis de longues années sans l'avoir même remarqué. Presque toujours leur attention n'est éveillée que par un léger prurit qu'ils ressentent vers le scrotum ou vers la partie supérieure et interne des cuisses.

Dans ces variétés torpides, la lésion se présente sous la forme d'une plaque d'un rouge brunâtre clair à bords nettement arrêtés et un peu saillants, festonnés, ou diffus ; sa coloration peut varier du brun au jaune sale ou au café au lait ; elle peut même s'accompagner de pigmentation dans les cas anciens. Son étendue varie de celle d'une pièce de 5 francs à celle de la paume de la main et davantage ; sa surface est comme chagrinée, terne, un peu rugueuse ; elle desquame assez difficilement par le grattage : ses localisations sont la partie supérieure et interne des cuisses, le pli de l'aine, les creux axillaires.

Fig. 64. — Érythrasma du pli inguinal.

Parfois l'érythrasma présente un autre aspect ; il prend une marche plus aiguë, s'étend avec plus de rapidité, a une coloration d'un rouge plus vif, des bords circinés et marginés nets, et gagne les régions voisines. C'est ainsi qu'on le voit envahir les cuisses, l'abdomen, la rainure interfessière, la poitrine, les grands plis articulaires. Le diagnostic en est alors quelque peu difficile.

En somme, le plus souvent l'érythrasma est limité au pli de l'aine ou à son voisinage ; il y est journellement confondu avec l'intertrigo. Il en diffère par sa rougeur moins vive, sa limitation moins exacte aux surfaces en contact, sa sécheresse habituelle, le peu de troubles fonctionnels auxquels il donne lieu.

Dans les formes un peu inflammatoires et extensives on peut le confondre avec la trichophytie cutanée dont les cercles réguliers sont cependant bien caractéristiques, avec le pityriasis versicolor que fera reconnaître un rapide examen microscopique, et surtout avec les parakératoses psoriasiformes.

Traitement. — Comme pour le pityriasis versicolor (voir ce mot), le traitement consiste essentiellement à faire tomber la couche d'épiderme où siège le parasite.

On emploiera pour cela les lotions savonneuses seules, ou combinées soit avec des parasiticides, soit avec des caustiques légers. Au premier rang parmi les agents actifs, nous placerons la teinture d'iode fraîche avec laquelle on fait un badigeonnage par jour pendant trois jours de suite quand la peau le tolère : si la teinture d'iode est trop irritante, on la coupe de deux à trois fois son volume d'alcool à 66°. Si la guérison complète n'est pas obtenue par ce procédé, on recommence une nouvelle série de badigeonnages. Parmi les autres topiques préconisés, citons : le sublimé en lotions, le calomel, le turbith minéral, l'oxyde jaune d'hydrargyre seul ou associé à l'huile de cade en pommades, le soufre sous toutes ses formes (bains sulfureux, savon au soufre, pommades soufrées, etc...) (voir *Pityriasis versicolor*).

Dans les formes inflammatoires on suivra la même ligne de conduite que dans les parakératoses psoriasiformes eczématisées (voir ce mot).

Il est bon de continuer pendant quelque temps le traitement local après que la guérison apparente a été obtenue, afin de prévenir les récidives qui se produisent

avec la plus déplorable facilité. Le malade devra continuer à se laver régulièrement au savon et à l'eau chaude ; il lotionnera les surfaces qui ont été atteintes avec de l'eau-de-vie camphrée ; il les tiendra constamment poudrées avec une poudre inerte dans laquelle on pourra incorporer un cinquantième de camphre ou de soufre.

2° PITYRIASIS VERSICOLORE

On donne le nom de *pityriasis versicolore* à l'affection cutanée que produit le *microsporon furfur*, champignon parasite de l'homme.

Description du parasite. — Le *microsporon furfur* a été découvert par Eichstedt en 1846. Il est constitué : 1° par un mycélium composé de nombreux tubes minces, courts, peu ramifiés, souvent isolés et placés bout à bout, de 15 à 40 millièmes de millimètre de diamètre, qui s'entre-croisent en tous sens de manière à former une sorte de feutrage irrégulier à mailles plus ou moins grandes; et qui ont eux-mêmes

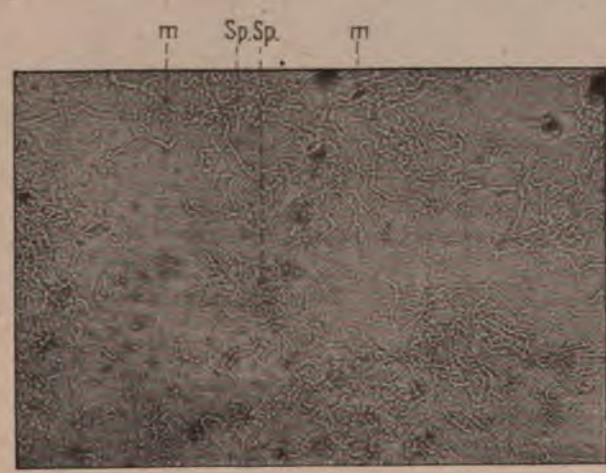


Fig. 65. — Pityriasis versicolore (préparation montrant l'aspect du microsporon furfur).
m, mycélium ramifié. *Sp.*, nids de spores.

toutes les formes et toutes les directions; 2° par des spores de 23 à 80 millièmes de millimètre de diamètre, arrondies ou ovalaires, très réfringentes, qui sont surtout remarquables par leur tendance constante à se disposer par groupes ou amas de 10 à 20 et même davantage au milieu du feutrage mycélial. Cet aspect est tout à fait caractéristique. Ce champignon est fort difficile à cultiver : cependant quelques auteurs, en particulier Gastou, y seraient arrivés en employant l'agar additionné d'extrait placentaire.

Le microsporon furfur siège dans la couche cornée de l'épiderme, jamais plus profondément. Il ne détermine ni lésion des poils ou des ongles, ni réaction inflammatoire. Parfois cependant la peau sous-jacente s'irrite et rougit facilement. Il est donc tout à fait superficiel et inoffensif; mais il récidive souvent chez la personne qui y est prédisposée.

Étiologie. — Le microsporon furfur est transmissible de l'homme à l'homme, soit directement, soit indirectement par les vêtements, en particulier par le gilet de

flanelle (Hublé) ; mais cette transmission qui est indiscutable est cependant limitée, en ce sens qu'il semble que le champignon ne fructifie bien que chez certains sujets. Ceux qui y sont le plus prédisposés sont ceux qui ont d'abondantes transpirations, de la tendance aux sécrétions séborrhéiques; les tuberculeux sont fréquemment atteints : la flanelle favorise le développement du parasite.

Symptômes. — Le pityriasis versicolore est facile à reconnaître : il est caracté-

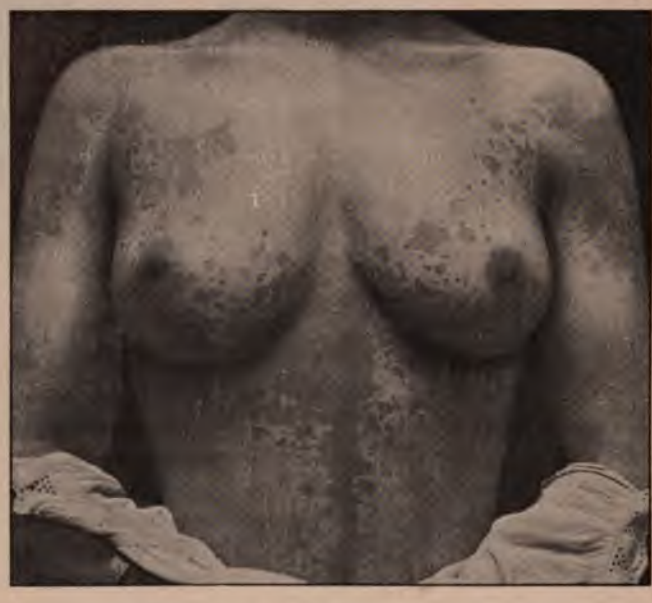


Fig. 66. — Pityriasis versicolore type.
On remarquera que le haut du bras est également envahi.

risé objectivement par des taches café au lait ou d'un jaune grisâtre qui couvrent les téguments. Son aspect lui a valu le nom de *crasse parasitaire*. Parfois la colo-

Fig. 67. — Pityriasis versicolore du dos, simulant la dermatose figurée médio-thoracique.

ration de ces plaques est un peu jaunâtre, parfois au contraire elle tire sur le brun : c'est cette variabilité dans leur teinte qui a valu à cette affection l'épithète de *versicolore*. Dans quelques cas, elles semblent faire une légère saillie. Le malade

peut ne porter que quelques petites taches irrégulières, disséminées çà et là sur le thorax; il peut avoir le tronc dans sa totalité et même une partie des membres revêtus d'une sorte d'enduit non interrompu.

Les symptômes subjectifs sont également fort variables. Certains sujets n'éprouvent rien, et ont du pityriasis versicolore sans s'en douter; d'autres souffrent de démangeaisons fort vives, par moment intolérables.

Le grattage permet d'enlever une couche de squames épidermiques grisâtres, adhérentes, au-dessous desquelles on voit les couches sous-jacentes lisses, brillantes, comme vernissées : c'est là le signe du coup d'ongle, lequel est à peu près pathognomonique de cette affection, car les autres dyschromatoses des téguments ne desquament pas.

Ces squames étalées sur une lamelle de verre et dissociées dans un peu d'ammoniaque ou de potasse, permettent de voir avec la plus grande facilité au microscope le champignon caractéristique.

Sabouraud a décrit chez un enfant de six semaines une forme aiguë du pityriasis versicolore : elle était caractérisée par des éléments érythémato-papuleux circulaires ou polycycliques à périphérie d'un rouge vif, à centre d'un gris cendré, à évolution rapide.

Diagnostic. — Il peut presque toujours être posé avec certitude. Cependant il est des cas sur lesquels E. Besnier et A. Doyon ont insisté et dans lesquels la couche cornée peut ne pas desquamer sous l'action du coup d'ongle. On est alors parfois embarrassé pour distinguer le pityriasis versicolore des diverses dyschromies, dont il diffère d'ailleurs par la coloration foncée qu'il prend quand on le badigeonne avec la teinture d'iode, du pityriasis rosé de Gibert, des parakératoses psoriasiformes, de l'érythrasma, etc...

Traitement. — Dans le traitement du pityriasis versicolore on doit se proposer pour but de faire tomber les couches épidermiques qui contiennent le champignon parasite. Malgré l'apparente facilité avec laquelle on fait disparaître cette affection, il est en réalité malaisé d'en débarrasser complètement les malades. Comme l'ont fort bien montré E. Besnier et A. Doyon, les récidives ont deux sources : 1° une guérison incomplète, et dans ce cas la repullulation se fait autour des infundibulas pilaires qui sont restés envahis; 2° une réinfection par les linges de corps. Il faut donc continuer l'emploi des moyens thérapeutiques jusqu'à ce que la guérison réelle, *histologique*, et non seulement la guérison *apparente*, soit obtenue (E. Besnier et A. Doyon).

Lorsque les plaques sont très limitées, on fait des badigeons de teinture d'iode que l'on répète jusqu'à ce que les couches superficielles de l'épiderme se détachent. Lorsqu'elles sont très vastes, on peut encore employer le même procédé, mais en fractionnant les points d'application de la teinture. Sabouraud recommande de diluer la teinture d'iode : il donne comme formule.

Teinture d'iode	10 grammes.
Alcool à 60°.	70 —
Alcoolat de lavande	20 —

Tilbury Fox prescrivait le procédé suivant : il faisait prendre un bain chaud; lorsque l'épiderme était suffisamment macéré il frictionnait vigoureusement avec le savon ordinaire du commerce ou le savon noir; puis il rinçait la peau à l'eau

chaude; il imprégnait ensuite la partie malade de vinaigre et d'eau ou d'acide acétique dilué ; enfin il épongeait avec une solution d'hyposulfite de soude au huitième. D'ordinaire, au bout du troisième bain, tout vestige de l'affection avait disparu.

Dans les cas de pityriasis versicolore fort étendu, nous conseillons d'opérer de la manière suivante. Tous les soirs avant de se coucher, ou tous les matins en se levant, on frictionne les points malades avec de l'eau chaude et du savon noir de cuisine; on laisse la mousse sécher sur les téguments, puis on lave à grande eau. On prend de plus tous les jours ou tous les deux jours un bain sulfureux, et dans le bain on frictionne les parties malades avec du savon noir. Au lieu de savon noir ordinaire, on peut se servir de savon au goudron, au naphtol, au soufre, à l'acide salicylique, de savon ponce, ou d'un mélange de 250 grammes de pierre ponce pulvérisée pour 500 grammes de savon noir. Lorsque la peau est trop irritée, on suspend le traitement pendant quelques jours; puis, si la guérison n'est pas parfaite, on le reprend jusqu'à complète disparition du parasite.

Les pommades qui ont été préconisées contre le pityriasis versicolore sont des plus nombreuses : citons les pommades mercurielles, au calomel au vingtième, au précipité jaune et au turbith minéral au vingtième et au trentième (on en combine d'ordinaire l'emploi avec des lotions au sublimé au trois centième, au cinq centième ou au millième); les pommades soufrées salicylées, résorcinées dont on gradue la force suivant la tolérance des téguments : par exemple :

Acide salicylique et résorcine.	àà de 1 à	3 grammes.
Soufre précipité	10 à 15	—
Lanoline	30	—
Vaseline	60	—
M. s. a.		

Pour les rendre plus efficaces, on peut y ajouter de 1 à 5 grammes de savon noir : les pommades à l'anthrarobine, à la chrysarobine, à l'acide chrysophanique, au naphtol, à l'huile de cade, au goudron et à l'ichthyol, etc...

P. Gallois a recommandé de faire des lotions avec de l'eau oxygénée ; il les formule de la manière suivante :

Eau oxygénée à 12 vol..	200	grammes.
Borate de soude.	4	—

Il est indispensable de désinfecter les vêtements du malade avec le plus grand soin à cause de la facilité des récidives.

Dans les cas où ces récidives se produisent malgré tous les soins locaux que l'on a pu prendre, on doit instituer un traitement général tonique approprié, et au besoin envoyer le malade à des eaux sulfureuses fortes telles que Barèges ou Luchon.

3° LES CARATÉS

On donne le nom de *caraté* à des dermatoses exotiques caractérisées par l'apparition sur la peau de taches de colorations variées, auxquelles succèdent des surfaces pseudo-vitiligineuses (Barbe, article Caraté de la *Pratique Dermat.*).

Nous serons des plus brefs sur cette affection qu'on n'observe qu'en Colombie :

on se reportera pour plus de détails à l'article précité de Barbe et aux travaux de Montoya y Florez.

Description du parasite. — Il est probable qu'il y a plusieurs variétés de champignons à forme aspergilloïde qui peuvent produire des caratés. « Ils sont caractérisés par de longs filaments dichotomiques très fins, lisses, cylindriques, quelquefois granuleux et en chapelet. Dans quelques points, ces filaments forment un réticulum serré; de ce réseau sortent d'autres filaments plus gros composés de 2, 3 ou 4 fins mycéliums réunis côte à côte. Ailleurs émergera par dichotomie d'un filament mince, une branche courte et d'une épaisseur double. Cette branche se termine en général par un fruit d'une forme spéciale, caractéristique de l'espèce de caraté. D'après Montoya, les tiges courtes fructifères semblent se terminer par un renflement piriforme ou triangulaire, couronné par une seule rangée de 5 ou 6 stérigmates qui soutiennent chacune un chapelet de 3, 4 ou 5 spores. » (Barbe)

Ces champignons sont cultivables et inoculables aux animaux et à l'homme.

Étiologie. — Les caratés s'observent dans les deux sexes, chez les enfants et chez les adultes. Il semble que les métis des races blanche, nègre et cuivrée y soient particulièrement prédisposés. Les champignons des Caratés existent dans les eaux stagnantes, sur les cailloux et la terre des bords des mares, sur les graines de certaines céréales et sur beaucoup de plantes. Ces particularités expliquent la facilité de la propagation de ces maladies.

Elles seraient en outre parfois inoculées par des moustiques du genre simulium, par des culex et des punaises du genre acanthia.

Symptômes. — Le début se fait d'ordinaire par les joues, le nez, la partie inférieure du front, les oreilles, la nuque, puis les taches envahissent les avant-bras, les poignets, les jambes et la poitrine.

Dans une première phase de leur évolution ou *phase hyperchromique*, les taches primitives, d'abord minuscules, s'étendent : il se forme tout autour d'elles de petites taches filles qui se réunissent aux taches mères de manière à former des plaques plus ou moins vastes et à contours irréguliers. Chez les Européens elles sont d'abord rouges et squameuses; chez les gens de couleur elles sont d'abord d'un jaune clair, ou rougeâtres, grisâtres, puis peu à peu violacées ou bleuâtres. D'après la nuance définitive qu'elles prennent après une évolution de deux ou trois ans, on a décrit un *caraté violet*, qui peut tirer sur le violet pur, ou sur le rouge, ou sur le bleuâtre, ou sur le cendré, ou sur le brun, un *caraté noir violacé* ou *noir cendré*, un *caraté rouge*, un *caraté bleu*, un *caratéjaune*, un *caraté blanc*. Parfois le même malade peut présenter plusieurs nuances, ce qui tient à ce que plusieurs variétés de champignons évoluent simultanément chez lui. Ces plaques sont couvertes de squames furfuracées ou lamelleuses presque toujours d'un blanc sale.

Dans certains cas rebelles les muqueuses buccale, balano-préputiale et vulvaire peuvent être envahies.

Les démangeaisons sont parfois intenses,

Il peut se développer de l'hyperkératose palmaire et plantaire, des ulcérations vers les plis de flexion.

Dans une deuxième phase ou *phase achromique ou pseudo-vitiligineuse*, le caraté évolue vers la guérison, par disparition graduelle de la coloration caractéristique, apparition d'une plaque de mélanodermie, au centre de laquelle se forme peu à peu une tache achromique, laquelle gagne lentement vers les bords.

Traitement. — La guérison du caraté est relativement facile quand il n'y a que de jeunes plaques : les badigeons de teinture d'iode fraîche les font disparaître rapidement. Il est au contraire fort difficile de guérir un caraté ancien. Ce qui semble alors le mieux réussir, c'est de donner des bains au savon noir ou au sublimé, puis de faire faire des applications d'acide chrysophanique, soit en pommade, soit incorporé à de la traumaticine.

En Colombie on emploie aussi beaucoup l'onguent citrin.

On doit avant tout prendre de sérieuses mesures de prophylaxie : il faut soigneusement nettoyer les téguments et les protéger contre tous les traumatismes. On doit désinfecter ou détruire les linges et les vêtements des malades.

Autres affections exotiques voisines des caratés. — Sur un malade venu de la République de l'Équateur, Darier a observé une éruption de taches rouges, psoriasiformes, bordées par un bourrelet squameux peu saillant, lesquelles ont peu à peu gagné tout le corps, et pris l'aspect d'un psoriasis généralisé. Dans les squames existait un champignon formant un lacis de filaments mycéliens extrêmement serré que Bodin a cultivé et qu'il a classifié tout à côté du Lophophyton Gallinæ, parasite du favus de la poule, assez près des trichophytons et des microsporons. (*Soc. de Dermat.*, 20 avril 1903.)

On a décrit sous le nom de *Pinta* du Mexique ou *Mal del Pinto* une dermatose contagieuse, dont la variété blanche est à marche fort rapide, dont la variété noire s'observe chez les enfants en bas âge, et qui serait très voisine des caratés. Son parasite, que Blanchard a dénommé trichophyton pictor, est formé de spores et d'un mycélium (Jeanselme, *Cours de Dermatologie exotique*, p. 277).

La *maladie des taches* du Mexique serait une autre dermatose parasitaire caractérisée par des taches bleu foncé siégeant aux régions inguino-crurales, et qui s'observerait chez les enfants de quatre à cinq ans.

Le *cativi* de l'Amérique Centrale n'est peut être qu'un Pinta (Jeanselme).

4° TOKELAU OU TINEA IMBRICATA

« La *tinea imbricata*, encore appelée *tokelau*, parce qu'elle règne à l'état endémique dans les îles de ce nom, situées au milieu du Pacifique, est une mycose très prurigineuse qui dessine sur toute la surface cutanée des médaillons ou cocardes à cercles concentriques, d'une absolue régularité. » (Jeanselme, *Cours de Dermatologie exotique*, p. 249).

Description du parasite. — Le champignon du tokelau est composé de filaments ramifiés si nombreux qu'ils forment un réseau très touffu. Chacun d'eux est constitué par des articles cubiques ou rectangulaires, de longueur inégale. Aux points où se détachent les ramifications, les éléments mycéliens présentent une pièce d'union en T ou en Y. Un pigment jaune verdâtre imprègne le mycélium. Ce parasite est donc très voisin des trichophytons dont il diffère surtout par sa grande profusion dans l'épiderme (Jeanselme).

Étiologie. — Ce champignon ne peut germer sur la peau humaine que dans un climat chaud et humide comme celui des îles du Pacifique. On le trouve aussi en Indo-Chine et dans les pays voisins (Jeanselme). Il s'observe à tous les âges : mais

il est fort rare avant dix ans. Il n'est jamais congénital. Il paraît être transmissible, car il existe de petits foyers.

Symptômes. — L'élément éruptif typique du tokelau débute au point inoculé après une dizaine de jours d'incubation par une petite tache squameuse brunâtre qui gagne immédiatement par la périphérie en formant un cercle squameux extensif, tandis que le centre reprend progressivement l'aspect normal. Puis on voit se former au point même où le premier élément avait débuté un nouvel élément absolument identique au premier et qui évolue comme lui. Apparaît ensuite une troisième, une quatrième, une cinquième circination squameuse identique aux précédentes, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'une vaste étendue des téguments, parfois même leur totalité, soit recouverte d'un ou de plusieurs de ces systèmes de vagues squameuses concentriques.

« Toutes les écailles d'un même système ont leur extrémité centrale libre et soulevée, tandis que leur bord périphérique adhère au tégument ; elles regardent ainsi par leur face profonde le centre du cercle auquel elles appartiennent. Ces squames sont diversement nuancées ; parfois brillantes et d'un blanc éclatant, elles donnent aux placards de tokelau l'aspect d'éclaboussures de plâtre ou de chaux : elles sont d'ordinaire grisâtres, comme saupoudrées de cendre, ou bien elles prennent une teinte jaune sale... » (Jeanselme).

Les auto-inoculations, suites des grattages, créent d'ordinaire plusieurs foyers d'infection voisins les uns des autres ; dès lors les systèmes d'onde deviennent tangents, se coupent sous des incidences variables et s'embrouillent. L'aspect de la lésion est dans ce cas bien moins caractéristique. A un stade avancé, elle peut devenir méconnaissable, surtout dès qu'elle arrive à la généralisation. (Nous renvoyons pour la description minutieuse des aspects qu'elle prend à l'article de Jeanselme.)

Cependant il persiste toujours ce fait qu'entre les zones malades et la peau saine il existe une ligne de démarcation des plus nettes : en outre les limites des plaques sont toujours convexes du côté des régions indemnes. Toute la surface desquamante est dépigmentée, mais aussi érythémateuse.

Le parasite du tokelau n'envahit pas les poils ; il infiltre les ongles qui sont grisâtres, ternes, striés en long, friables, et soulevés par des masses épithéliales (Jeanselme).

« Le prurit est remarquable par sa constance, son intensité et sa continuité. Les placards peuvent s'eczématiser et se lichénifier. Il peut se développer des adénopathies » (Jeanselme).

Diagnostic. — On peut confondre le tokelau avec l'*ichthyose* qui est plus diffuse et congénitale, avec la *dermatite exfoliative* qui est plus uniforme et généralisée, avec l'*herpès circiné* qui a beaucoup moins de tendance à gagner de vastes surfaces.

Traitement. — Bonnafy prescrit aux malades des bains chauds quotidiens suivis de frictions au savon noir pendant quatre jours ; puis il décape la peau à la pierre ponce ; enfin il fait prendre des bains renfermant 20 grammes de sublimé par bain.

Il semble que l'acide chrysophanique soit un véritable spécifique de cette affection. On applique pendant plusieurs jours des pommades renfermant un quinzième de cette substance. Pour éviter les conjonctivites chrysophaniques, Jeanselme conseille d'employer la traumaticine chrysophanique au 1/10.

5° PITYRIASIS SIMPLEX

Il est bien difficile à l'heure actuelle de savoir dans quel groupe morbide il convient de ranger les dermatoses que nous désignons maintenant sous le nom de *pityriasis simplex*, que nous avions appelées il a quelque dix ans *séborrhéides pityriasiques* pour réagir contre les généralisations d'Unna. Ce sont les *dartres furfuracées*, les *dartres volantes* des anciens dermatologistes.

D'après Sabouraud (mais cette opinion ne peut encore être définitivement acceptée : elle réclame des recherches de contrôle), elles reconnaîtraient pour cause pathogène ce curieux microorganisme que l'on a dénommé spore de Malassez ou bacille bouteille d'Unna.

Mais on ne s'entend même pas sur la nature de ce parasite cutané, si fréquent que beaucoup d'auteurs le considèrent comme banal.

Sabouraud, après avoir longuement discuté les opinions en cours (voir son ouvrage sur les pityriasis, p. 300 et suiv.) croit pouvoir conclure que c'est un parasite cryptogamique, et c'est pour ce motif que nous classifions, *timidement*, le pityriasis simplex à cette place d'attente, dans les dermatoses qui reconnaissent des champignons pour cause pathogène.

Description du parasite. — « Il faut décrire à la spore de Malassez quatre formes principales : 1° *des formes sphérulaires de diverses tailles* qui ont comme caractère particulier de n'être jamais identiques entre elles. Il y en a de petites (2 μ) et d'autres grandes (4, 7 μ) ; leur protoplasma diffère. Chez les unes il est clair et chez d'autres un peu granuleux. Enfin beaucoup de ces sphérules montrent en quatre points placés comme les deux pôles et les extrémités d'une ligne équatoriale, des points prenant fortement la couleur et qui semblent le rudiment de deux plans s'intersectant normalement sans que jamais du reste ces deux plans soient reconnaissables.

« Ces formes, comme toutes celles du parasite de Malassez, ne montrent aucun mycélium qui les relie ; elles sont libres une à une, et, quand elles sont agglomérées, elles le sont rarement en files, ordinairement sans aucun ordre.

« 2° *Des formes allongées, en banane* qui sont fréquentes. Elles aussi sont de tailles diverses, mais ordinairement assez grosses (6 à 7 μ sur 2 μ ou 2 μ 1/2). Elles sont légèrement incurvées, plus larges en leur milieu qu'aux deux extrémités qui sont mousses...

3° *Des formes étranglées en gourde* qui sont très fréquentes et caractéristiques. C'est une petite sphérule sur une plus grosse, l'une tenant à l'autre, non par un point, mais par une large surface d'adhérence, en sorte que la figure qui en résulte n'est pas celle d'un sablier, mais celle de la gourde traditionnelle du pèlerin. Il est probable que cette forme n'est que le développement de la suivante.

4° *Des formes bourgeonnantes rappelant celles des levures* et qui sont également des plus caractéristiques. Sur certaines sphérules qui ne sont ordinairement ni les plus petites, ni les plus grosses, et qui ont la structure que nous leur avons décrite, en un point, existe une saillie obtuse, plus ou moins bien formée, qui chez les unes est un petit bouton à peine saillant, et chez les autres un bourgeon presque pédiculé, rond, mais appendu à la cellule mère par un étranglement toujours peu serré.

« La spore de Malassez ne se cultive sur aucun milieu connu. » (Sabouraud : voir pour plus de détails le bel ouvrage de cet auteur sur les pityriasis, 1904, p. 296 et suivantes, — on y trouvera de forts intéressants renseignements, — le rapprochement du pityriasis simplex et des autres dermatoses à desquamation épidermique dues à des champignons tels que le pityriasis versicolor et l'érythrasma, etc.).

Symptômes. Les dermatoses que nous appelons maintenant pityriasis simplex siègent sur les parties glabres ou sur les parties velues.

Parties glabres. — On peut les observer en une région quelconque du corps, mais leurs localisations de prédilection sont la face et le cou. Elles y sont d'une extrême fréquence surtout chez les enfants, les jeunes gens et les jeunes femmes, en particulier au printemps et à l'automne. Chez les jeunes filles et les jeunes femmes du peuple elles existent environ chez les deux tiers des sujets.

Le pityriasis simplex se présente sous la forme de plaques d'une grandeur qui varie de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs en argent. Elles sont arrondies ou ovalaires, à bords peu nets, grisâtres, ou à peine rosées. Elles sont recouvertes d'une desquamation farineuse, blanchâtre, d'une grande finesse, au-dessous de laquelle le derme paraît rosé quand on les enlève par le grattage. Elles sont le plus souvent indolentes : c'est à peine si elles sont parfois le siège d'une légère cuisson ou de quelques démangeaisons.

Ces éruptions se reproduisent presque toujours avec la plus grande ténacité en conservant leurs caractères de superficialité et de sécheresse. Parfois cependant elles rougissent, s'enflamment, se couvrent de vésicules, en un mot s'eczématisent, et deviennent le point de départ d'eczémas nummulaires secondaires des plus rebelles.

Elles constituent le type même de ce que les vieux auteurs ont appelé le pityriasis simplex, ou pityriasis blanc, ou encore les dartres furfuracées, farineuses, volantes.

Il y a entre ce type et les parakératoses psoriasiformes toute une gamme insensible de faits de passage *au point de vue objectif*; c'est pour cette raison qu'Unna l'a annexé à son eczéma séborrhéique, et que nous en avions fait nos séborrhéides pityriasiques. Il faut reconnaître que le terme de séborrhéide ne leur convient nullement : on pourrait leur laisser la dénomination de pityriasis simplex comme le proposent Audry et Sabouraud.

Ce dernier auteur croit qu'une grande quantité de ces lésions furfureuses du visage, surtout lorsqu'elles s'observent chez les enfants, doivent être rattachées à l'impétigo commun dont elles constituent une séquelle. Elles sont caractérisées dans ce cas par de petits placards uniquement desquamatifs, situés vers les orifices narinaires, vers les régions latérales du menton, un peu vers les joues ; on y trouve comme microbe le streptocoque, ce qui en constitue le caractère majeur ; et elles sont contagieuses.

Aux régions velues, cuir chevelu, barbe, moustache, sourcils, cils, pubis, etc..., le pityriasis simplex est d'une extrême fréquence. Il y est constitué par des squames sèches, fines, furfuracées, quelquefois un peu grasses, plus ou moins adhérentes et abondantes, qui recouvrent les téguments, qui tombent et se reproduisent avec rapidité. Elles sont disposées en plaques plus ou moins nombreuses et étendues, qui peuvent devenir confluentes en certains points, vertex, régions post-auriculaires, nuque, et former d'assez vastes plaques irrégulières de contours dont les limites sont presque toujours assez peu précises. Le derme sous-jacent paraît être sain ; il a d'ordinaire sa coloration normale ; parfois il est un peu grisâtre, un

peu bleuâtre : parfois il semble être comme œdématié et être moins mobile sur le péricrâne.

Sabouraud décrit trois variétés objectives de ces pityriasis simples : 1° le pityriasis sec à squames poudreuses ; 2° le pityriasis à squames lamelleuses ; 3° le pityriasis à squames furfureuses. D'après lui ces pityriasis à leur origine sont figurés, et ils ne deviennent diffus et amorphes qu'à la longue. Au début ils affectent la forme d'un point rond recouvert d'une squame, ou celle d'un disque assez large recouvert aussi d'une squame craquelée, ou celle d'une circination dont le bord seul reste squameux, le centre paraissant guéri.

Comme l'a soutenu Audry, le pityriasis simplex du cuir chevelu peut exister fort longtemps sans qu'il y ait la moindre calvitie ; cependant, dans la majorité des cas, il finit par s'accompagner au bout d'un laps de temps qui varie d'une à plusieurs années d'une chute abondante de cheveux.

Il y a des démangeaisons dans presque tous les cas, mais elles sont très variables d'intensité : d'ordinaire elles sont intermittentes. Le malade se gratte, fait tomber sur ses vêtements des parcelles d'épiderme blanchâtre analogue à du son très fin, d'où le nom ancien de la maladie. Ces squamules sont immédiatement remplacées. Il n'y a d'ordinaire aucun vestige d'inflammation dermique sous-jacente : cependant dans quelques cas il se produit de petites excoriations et de fines croûtelles : dans d'autres cas très rares, le prurit devient des plus intenses ; les grattages sont fréquents, et le cuir chevelu se lichénifie en un ou plusieurs points circonscrits. Enfin il est assez fréquent de voir s'eczématiser les pityriasis simples du cuir chevelu et de la barbe. La peau rougit, devient prurigineuse, donne des sensations de tension, se couvre de vésicules ; il survient du suintement qui agglutine les cheveux, les colle au cuir chevelu, et donne lieu en se desséchant à l'aspect décrit sous le nom de teigne amiantacée (voir article parakératoses psoriasiformes du cuir chevelu).

Anatomie pathologique. — Voici, d'après Audry, quels sont les caractères histologiques de ces lésions :

L'épiderme de recouvrement est aminci, comme atrophié. Les papilles ont en quelque sorte disparu. Au-dessus de la couche génératrice cubique, on trouve 3 ou 4 couches de cellules épineuses avec un stratum granuleux à peine indiqué. Au-dessus, brusquement, se trouvent les couches cornées desquamantes dans lesquelles il n'y a ni noyaux, ni diapédèse, ni abcès miliaires. Il n'y a donc pas de parakératose.

Au niveau de ces lésions les poils ont leur infundibulum normal ou dilaté et rempli de couches concentriques d'épiderme desquamé traversé par un poil normal ou par des follets.

On ne peut, avec certitude, décrire des lésions du derme.

Dans les squames on trouve des microbes extrêmement nombreux parmi lesquels dominent la spore de Malassez ou Flaschenbacillen d'Unna. Sabouraud considère cette spore comme l'expression microbienne constante du pityriasis simplex ; d'après lui cette affection est « une mycose externe, analogue au pityriasis versicolor ».

Ces formes morbides ont soulevé beaucoup de discussions. Hebra les a décrites sous le nom de séborrhée sèche, théorie qui ne peut être admise, puisqu'il n'y a pas de séborrhée vraie dans les cas purs. Mais assez souvent ces éruptions coïncident avec de la séborrhée vraie du cuir chevelu, et dans ce cas l'alopécie se produit avec rapidité.

Le pityriasis simplex complique en effet souvent l'alopécie prématurée idiopathique et les autres alopécies. Pincus en a fait son alopécie pityrode.

E. Vidal et après lui Unna l'ont considéré comme une variété sèche d'eczéma : c'est la première variété ou variété squameuse de l'eczéma séborrhéique d'Unna.

Audry croit qu'il est la manifestation d'une malformation originelle du cuir chevelu, malformation qui est habituellement associée à un développement excessif des glandes sébacées et sudoripares.

Pronostic. — Par lui-même, le pityriasis simplex n'est qu'un ennui : il ne présente aucune gravité. Mais, au cuir chevelu, il peut faire pressentir des alopécies futures. En un point quelconque du corps, il peut constituer un *locus minoris résistentiæ* point d'appel de dermatoses plus sérieuses telles surtout que l'eczéma et les parakératoses psoriasiformes. Envisagé à ce point de vue, son importance est considérable, et son pronostic assez réservé.

Diagnostic. — Le pityriasis simplex des *parties glabres* diffère des *parakératoses psoriasiformes* auxquelles le relie au point de vue objectif une gamme insensible de faits de passage, par l'absence de rougeur nette et d'infiltration du derme : tel est le grand caractère distinctif. En outre les squames sont plus fines, moins stratifiées, le prurit moins intense, la tendance à l'eczématisation un peu moins grande.

Il diffère des *parapsoriasis en plaques* par l'absence de rougeur, par l'existence un peu plus fréquente du prurit, par son évolution saisonnière, par ses localisations : on sait en effet que le parapsoriasis se développe surtout sur le tronc et sur les membres.

Nous n'avons pas à insister sur les caractères de superficialité et de sécheresse qui le distinguent d'emblée du *psoriasis vrai et de l'eczéma vrai*.

Il diffère de l'*ichthyose* par ses localisations, sa circonscription, son évolution.

Au *cuir chevelu* le diagnostic présente parfois de sérieuses difficultés.

La *teigne tondante Gruby-Sabouraud* diffère du pityriasis simplex par une alopécie circonscrite, par les caractères spéciaux des cheveux qui sont cassés, par une coloration d'un gris bleuâtre du cuir chevelu tout à fait spéciale, enfin par l'existence du champignon qu'il faut rechercher dans tous les cas douteux.

Le *favus miliaire* peut prendre l'aspect de la teigne amiantacée et simuler tout à fait les pityriasis simplex qui ont été eczématisés. Le diagnostic se fait par la ténacité du mal, sa résistance aux médications ordinaires, l'infiltration du cuir chevelu qui est d'un rouge bleuâtre, enfin et surtout par l'examen microscopique qui permet de découvrir l'achorion.

Les *parakératoses psoriasiformes* en diffèrent par la coloration du cuir chevelu, par son infiltration, par l'existence presque constante de plaques rouges, squameuses, en bordure du cuir chevelu, par la plus grande épaisseur des squames. Mais il y a toute une série de faits intermédiaires au point de vue objectif entre ces deux types morbides.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel avec le *psoriasis*, puisque les symptômes de cette affection sont une accentuation de ceux des parakératoses psoriasiformes.

Les *séborrhéides circinées ou figurées* en diffèrent par leur disposition très nette en anneaux ou cercles incomplets qui se croisent pour former des circinations, par la limitation nette des éléments, la coloration rosée du cuir chevelu au niveau des bordures, par la consistance graisseuse des squames.

L'*eczéma vésiculeux vrai* peut exister d'emblée au cuir chevelu : il s'y caracté-

rise par ses symptômes habituels, vésiculation, rougeur, inflammation des téguments, suintement, agglutination des cheveux par la sérosité, concrétion en croûtes disposées le long des cheveux et collant les cheveux au cuir chevelu. Mais, comme nous l'avons déjà dit, cet eczéma vésiculeux vrai est au cuir chevelu fréquemment surajouté à un pityriasis simplex ou à une parakératose psoriasiforme, et il sera presque toujours possible de retrouver en un point quelconque du cuir chevelu des éléments de l'éruption primitive à l'état pur permettant d'établir le diagnostic complet.

Traitement. — Pour le traitement général qu'il est bon d'instituer, même dans les cas les plus légers, nous renvoyons aux articles *Eczéma* et *Parakératoses psoriasiformes*.

Traitement local. — Parties glabres. — On ne doit pas trop s'exposer la figure nue au vent, au froid, au soleil, aux intempéries, à tout contact irritant de quelque nature qu'il soit.

On se servira pour faire sa toilette d'eau que l'on aura fait bouillir avec des têtes de camomille ou avec des fleurs de sureau, ou avec une pincée de gros sel de cuisine par litre, ou avec de 2 à 10 grammes par litre de borate de soude ou de bicarbonate de soude, ou bien encore d'eau de Vichy naturelle tiède.

On emploiera comme savons le savon au borate de soude, le savon au goudron boraté, le savon à l'acide salicylique, ou bien même d'excellent savon de parfumeur au benjoin. On se trouvera bien parfois d'ajouter à l'eau de toilette quelques gouttes de teinture de benjoin, ou de lotionner deux ou trois fois par jour le visage avec un mélange d'un litre d'eau de rose, de 50 grammes de glycérine neutre de Price, et de 10 grammes de borate de soude.

Chez les enfants il suffit souvent de laver le visage avec de l'eau salée pour voir tout disparaître.

Comme pommade on prescrira tout d'abord une simple pommade à l'oxyde de zinc au dixième, additionnée ou non d'un peu de teinture de benjoin, de borate de soude, ou d'acide salicylique; par exemple :

Borate de soude.	50 centigrammes.
Teinture de benjoin	XV gouttes.
Oxyde de zinc.	2 grammes.
Cérat frais sans eau ou cold-cream frais sans odeur.	18 —

M. s. a.

Si elle ne produit pas d'effet utile, on peut prescrire la pommade à l'oxyde de zinc additionnée d'un quarantième ou d'un vingtième de calomel, ou bien une pommade contenant un gramme de précipité blanc pour 20 grammes d'axonge fraîche, ou bien le glycérolé au tannin et au calomel d'E. Vidal (voir article *Eczéma*).

Comme pommade soufrée, on pourrait prescrire :

Soufre précipité.	de 1 à 2 grammes.
Oxyde de zinc.	2 —
Lanoline.	10 —
Huile d'amande douce.	7 —
Essence de violette	Q. s.

M. s. a.

Enfin, en dernière analyse, on a recours aux pommades au naphtol, à l'acide salicylique, à la résorcine, aux pommades à l'huile de cade et à l'oxyde jaune d'hydrargyre (voir l'article *Parakératoses psoriasiformes*). Mais il est rare que l'on soit obligé d'en venir à des préparations aussi énergiques.

Régions velues. Cuir chevelu. — *Enfants.* — Sabouraud recommande de faire chez les enfant atteints de pityriasis furfureux diffus des lotions avec des alcools faibles, faiblement iodés :

Alcoolat de lavande	20 grammes.
Alcool à 60°	275 —
Teinture d'iode fraîche	5 —

Chez les adolescents atteints de pityriasis furfureux diffus, et surtout chez les filles, il conseille d'employer des émulsions cadiques faibles, auxquelles il ajoute un peu de teinture d'iode :

Alcool à 60°	180 grammes.
Teinture de quillaja	20 —
Huile de cade	2 —
Teinture d'iode	XX gouttes.

ou, s'il y a tendance à l'eczéma :

Teinture de quillaja	20 grammes.
Huile de cade	2 —
Eau chaude	75 —

Il recommande lui aussi, comme nous l'avons toujours fait, de continuer pendant de longs mois, après disparition apparente des lésions, l'usage de lotions alcooliques légères à intervalles plus ou moins distants et réguliers : par exemple :

Résorcine	1 gramme.
Acide salicylique	1 —
Sublimé	0gr,30
Alcool à 60°	250 grammes.
Alcoolat de mélisse	20 —

ou bien, si le cuir chevelu est graisseux :

Liqueur d'Hoffmann	200 grammes.
Eau distillée	50 —
Nitrate de potasse	0,50 centigrammes.
Coaltar saponiné } Alcoolat de lavande }	ÂÂ 25 grammes.

Adultes. — S'il s'agit d'un homme :

1° Lui faire tenir les cheveux coupés aussi courts que possible, et les lui faire porter dans leur direction naturelle.

2° *Quand il n'a pas de démangeaisons*, lui faire faire une ou deux fois par semaine une friction du cuir chevelu avec de la liqueur d'Hoffmann, ou de l'acétone ou de l'éther de pétrole (pétrole à 0,70) (se défier de cette substance qui est d'ordinaire fort efficace contre la chute des cheveux, mais qui parfois détermine de l'irritation du cuir chevelu), et lui faire nettoyer la tête également une ou deux

fois par semaine avec des jaunes d'œuf battus dans de l'eau, ou bien avec de la décoction de bois de Panama ou de saponaire additionnée d'un peu de savon au goudron et au Panama de Vigier.

3° *Si le malade éprouve des démangeaisons,* lui faire faire tous les soirs ou tous les deux soirs une lotion du cuir chevelu avec un mélange contenant pour un quart de verre d'eau chaude de X à LX gouttes (suivant les susceptibilités individuelles) de polysulfure de potassium liquide. Si le polysulfure de potassium ne réussit pas ou est mal toléré, ce qui est rare, le remplacer par des lotions au coaltar saponiné coupé de quatre à six fois son volume d'eau, des lotions au sublimé au 1/400 ou au 1/600, des lotions à l'ammoniaque (ammoniaque liquide 3 grammes, alcoolat de romarin, 25 grammes, eau de rose, quantité suffisante pour faire 100 grammes de mélange, des lotions au naphtol (1/100) ou à la résorcine (1/200).

4° Ces moyens peuvent fort bien ne pas faire disparaître les pellicules : chez les sujets atteints de parakératoses psoriasiformes avec sécheresse du cuir chevelu, ils peuvent même (surtout l'éther de pétrole) exagérer la production incessante du pityriasis. Il faut alors employer les pommades. Quand c'est possible, on essaie de nettoyer le cuir chevelu avec la pommade que l'on a choisie et dont on fait fondre une petite partie au bain-marie : pour cela on la passe à plusieurs reprises sur les points malades en allant toujours dans le sens des cheveux, puis on enlève soigneusement l'excès de pommade avec un morceau de flanelle propre ou avec un tampon d'ouate hydrophile. Le lendemain du jour où l'on a fait cette application, si le cuir chevelu est trop graisseux, on le savonne.

On peut employer pour cela deux variétés de pommades : les pommades soufrées : par exemple : naphtol β, résorcine ãã de 25 à 50 centigrammes, soufre précipité de 2 à 4 grammes, huile de ricin 14 grammes, beurre de cacao 5 grammes, baume du Pérou q. s. pour aromatiser ; ou bien les pommades mercurielles, par exemple : oxyde jaune d'hydrargyre, 1 gramme ; vaseline pure 20 grammes.

Les préparations de goudron et d'huile de cade sont préférées par quelques auteurs. Dans ces derniers temps les pommades nouvelles, succédanés de l'ichthyol, et qu'on appelle pétrolan, sapolan, naftalan, ont été préconisées.

5° Quand on s'en tient aux lotions, si les cheveux deviennent trop secs, y mettre de temps en temps un peu du mélange suivant : teinture de romarin, de jaborandi ãã 15 grammes, huile de ricin 25 grammes, agiter violemment avant de s'en servir.

S'il s'agit d'une femme :

1° Une fois par semaine faire une friction douce du cuir chevelu, en écartant les cheveux suivant des raies, avec un petit tampon d'ouate hydrophile roulé au bout d'un bâton pointu (on change ce tampon dès qu'il est sale) et imbibé d'éther de pétrole.

2° Une autre fois par semaine faire une friction analogue avec une solution de sublimé au 1/300 ou au 1/500, ou bien avec la préparation d'ammoniaque ci-dessus mentionnée, ou bien, si la malade n'a pas de répugnance, avec les mélanges de coaltar saponiné ou de polysulfure dont nous avons parlé, ou avec une lotion cadique.

3° En cas de chute considérable des cheveux, faire une troisième friction par semaine avec le mélange excitant suivant : acide acétique 3 grammes, teinture de romarin, de jaborandi, ãã 30 grammes, rhum de 100 à 150 grammes, suivant la tolérance du cuir chevelu.

4° Ne recourir chez elle aux pommades soufrées, résorcinées, naphtolées, qu'en

cas de besoin, à cause de la difficulté qu'il y a à lui laver la tête sans trop mouiller les cheveux. Mais si les pellicules se reproduisent chez elle avec persistance, et si le cuir chevelu est sec, le nettoyer comme nous venons de l'indiquer plus haut avec des pommades soufrées ou mercurielles liquéfiées au bain-marie : on se sert pour cela de petits tampons d'ouate hydrophile roulés au bout d'allumettes en bois et que l'on change incessamment : quand avec des tampons imbibés de pommade on a enlevé toutes les pellicules d'une raie, on passe sur cette raie et sur les cheveux voisins des tampons d'ouate hydrophile secs de manière à enlever l'excès de pommade et à ne pas encrasser trop rapidement la tête.

Quand au contraire le cuir chevelu est trop graisseux, le nettoyer avec le mélange ammoniacal ou avec de la liqueur d'Hoffmann ou de l'acétone.

Pour le reste du traitement, agir comme chez l'homme.

Barbe, Sourcils, etc. — Pour les autres régions pileuses, le traitement est à peu près analogue : mais il faut en ces points se servir toujours de pommades soufrées ou mercurielles que l'on passe le soir entre les poils sur les téguments, puis que l'on essuie légèrement. Le lendemain on fait une lotion avec du coaltar saponiné de Lebœuf coupé de cinq à dix fois son volume d'eau chaude, et, quand la peau est trop encrassée, on la dégraisse avec une solution de borate de soude ou de bicarbonate de soude dans laquelle on ajoute la quantité d'alcool et d'éther nécessaire et tolérée par les téguments du sujet. Il est bon de savoir que la figure et le pubis supportent d'ordinaire moins bien les préparations énergiques que le cuir chevelu : aussi ne doit-on employer au début en ces régions que des topiques relativement assez faibles ; par exemple : une pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre au 1/40 pour la barbe et les sourcils, au 1/100 pour les cils.

B. — AFFECTIONS CUTANÉES CAUSÉES PAR DES PARASITES VÉGÉTAUX

QUI ONT UNE PRÉDILECTION TOUTE SPÉCIALE POUR LE SYSTÈME PILEUX

1° ET 2° LES TRICHOPHYTIES

Les belles recherches de Sabouraud ont en 1892-1894 complètement révolutionné cette question. Reprenant les travaux de Gruby (1841-1844), Sabouraud a démontré que sous l'influence néfaste de Bazin on a confondu pendant cinquante ans sous le nom de *trichophyties* deux séries d'affections parasitaires des poils et de la peau qu'il convient de distinguer totalement et de décrire à part : 1° *La teigne tondante à petites spores* que l'on appelle maintenant *la teigne tondante Gruby-Sabouraud*, et qui est causée par le *microsporum Audouini ;* 2° *les trichophyties vraies* ou *tondantes à grosses spores*, lesquelles sont causées par toute la série des *trichophytons*.

1° Teigne tondante à petites spores.

Description du parasite. — La teigne tondante à petites spores est causée par une mucédinée du genre microsporum encore assez mal connue et classifiée, qui

attaque surtout les cheveux de l'enfant. L'aspect du cheveu malade est caractéristique.

« Suivant une comparaison maintenant classique, il ressemble à une baguette enduite de colle et roulée dans du sable. La surface du cheveu apparaît couverte d'innombrables petites spores de 2 à 4 μ de diamètre environ, polyédriques par pression réciproque et tapissant uniformément la surface du cheveu (Sabouraud). » Elles lui constituent une gaine blanche visible à l'œil nu et qui est un des signes macroscopiques les plus pathognomoniques de cette affection. Ces spores n'ont pas dissocié le cheveu et n'ont pas pénétré dans son intérieur, où se trouvent par contre des filaments mycéliens ressemblant à des sarments de vigne, cloisonnés à grande distance, et d'où partent des rameaux plus fins qui émergent et à l'extrémité desquels les spores sont fixées.

Fig. 68. — Cheveu rempli de spores du microsporum Audouini (Teigne tondante Gruby-Sabouraud. Teigne tondante à petites spores.)

Pour étudier le cheveu atteint de teigne tondante, il suffit de l'examiner au microscope après l'avoir plongé dans l'ammoniaque, ou mieux après l'avoir fait chauffer lentement dans une solution de potasse à 40 p. 100. Si l'on veut avoir des préparations plus nettes on peut traiter par le Gram.

A côté de ce microsporum d'origine humaine, Sabouraud a signalé l'existence d'un microsporum du cheval dont il avait observé une inoculation sur la poitrine d'un enfant sous la forme d'un érythème en cocarde à double liséré rouge. Bodin en a depuis publié une inoculation à la barbe de l'homme.

Bodin a en outre observé une inoculation chez l'homme d'un deuxième microsporum d'origine animale provenant du chien.

Le microsporum Audouini cultive avec facilité sur tous les milieux artificiels : voici une formule de milieu fort simple que Sabouraud conseille d'employer : glycérine neutre redistillée 4 grammes, eau distillée 100 grammes., peptone 1 gramme, agar-agar $1^{gr},20$ ou $1^{gr},50$. « Il ne faut jamais mettre à l'étuve les cultures premières. Il faut les laisser à la température du laboratoire et leur laisser subir l'alternance thermique du jour et de la nuit. A l'étuve, les cultures de teignes poussent plus vite, mais elles peuvent se trouver mélangées à de nombreuses bactéries saprophytes qui se développent elles aussi à cette température. Il est important de ne jamais encapuchonner de caoutchouc des tubes de première culture ; agir autrement serait le plus sûr moyen d'altérer l'individualité du parasite.

Les trichophytons et les microsporums Audouïni donnent une culture visible à 18°(moyenne) le troisième jour ; les favus demandent huit à dix jours à la même température pour offrir une culture reconnaissable » (Sabouraud, art. Dermatophytes de la *Pratique Dermat.* ; nous renvoyons à ce magnifique article pour tous les détails des cultures, des réensemencements, de la morphologie et de l'histoire naturelle des champignons).

« La culture du microsporum Audouïni est caractéristique. C'est un tapis circulaire de duvet blanc ne faisant presque aucune saillie sur le milieu de culture. »

La culture du microsporum Audouïni de l'enfant ne semble pas être inoculable aux animaux, tandis que les cultures des microsporums des animaux s'inoculent facilement aux cobayes, et reproduisent chez eux tous les caractères cliniques et microscopiques de la teigne à petites spores (Bodin).

Étiologie. — La teigne tondante à petites spores est une maladie régionale. Elle est extrêmement fréquente en Angleterre. A Paris il y a 60 p. 100 de teignes à petites spores sur le total des tondantes. Elle est commune en Belgique et en Espagne, fort rare en Allemagne, pour ainsi dire inconnue en Italie, et surtout dans l'est de l'Europe.

Elle est l'apanage des enfants et des adolescents. Elle est fort rare après quinze ans. Non traitée, elle disparaît d'ordinaire spontanément vers cet âge. Par suite elle doit guérir toute seule sans cicatrices aucunes, si l'on a la patience d'attendre que le malade devienne un adulte.

Cependant on ne peut pas dire que cette affection soit négligeable, car elle est extrêmement contagieuse, et, avant la découverte de la radiothérapie, elle était fort difficile à guérir. Quand un enfant est atteint dans une école, il est presque de règle que ses camarades soient eux aussi contaminés dans une énorme proportion.

Symptômes. — La teigne tondante à petites spores est caractérisée au cuir chevelu au point de vue objectif par des plaques alopéciques presque toujours arrondies ou un peu ovalaires, de grandeurs variables, mais d'ordinaire de 2 à 5 centimètres de diamètre. Elles sont relativement peu nombreuses. Dans la majorité des cas, il y a une ou deux plaques considérables dites plaques premières ou maîtresses et des plaques plus petites satellites.

A leur surface, le cuir chevelu a une teinte grisâtre ou d'un gris bleuâtre : il est un peu surélevé au-dessus du niveau des parties voisines. Il est recouvert de fines squames pityriasiques grisâtres, et comme hérissé d'une grande quantité de tronçons de cheveux cassés à 2, 3, 6 millimètres de leur point d'émergence. Ces débris de cheveux sont engainés d'une sorte d'écorce grisâtre qui, même à l'œil nu, paraît être assez inégale. Elle correspond à la gaine de spores que nous avons décrite plus haut. On peut les épiler incomplètement avec une facilité relative en se servant de la pince, mais il est à peu près impossible de les enlever tous ainsi : il en restera toujours un certain nombre de trop courts pour être saisis.

Quand on a pratiqué une épilation minutieuse d'une plaque et du cuir chevelu périphérique dans une zone empiétant de 8 à 10 millimètres sur les tissus sains, on voit la plaque faire une tache d'un gris légèrement bleuâtre sur le fond nacré des téguments, et faire en outre une légère saillie au-dessus du niveau des régions voisines. En outre si on racle sa surface on ramène des masses de débris de cheveux engainés des spores caractéristiques.

Il n'y a aucun phénomène douloureux : à peine parfois les malades signalent-ils un léger prurit.

Ce sont presque toujours les squames blanches de la surface des plaques qui attirent tout d'abord l'attention : on avait donné à ce symptôme le nom de *pityriasis alba parasitaire*. Dès le début les cheveux sont peu fragiles : ils le deviennent rapidement.

Contrairement à ce que l'on avait d'abord cru, il est assez fréquent d'observer sur les parties glabres « de petites lésions épidermiques à centre bistre, à liséré rougeâtre, bordées de fines squamules » (Sabouraud) qui sont dues à des inoculations du microsporum et qui disparaissent d'ordinaire spontanément.

Sabouraud signale comme variétés objectives : « *a*) à la surface de la plaque il existe une sorte de couche squameuse uniforme *grasse*, assez semblable à une couche de matière emplastique, et dans laquelle les cheveux malades se trouvent agglutinés et feutrés, méconnaissables »; *b*) Le cheveu malade peut être seulement terne et grisâtre, privé de sa gaine caractéristique.

Diagnostic. — Le *psoriasis* du cuir chevelu diffère de la teigne tondante à petites spores par des squames qui sont blanches, nacrées, épaisses, adhérentes, et par l'intégrité des cheveux qui traversent perpendiculairement les squames et qui ne sont pas cassés.

Le *pityriasis simplex* du cuir chevelu en diffère par ses limites moins précises et par l'absence de poils cassés et engainés.

Des caractères analogues permettent de distinguer les *parakératoses psoriasiformes*, l'*eczéma vrai* du cuir chevelu, lequel d'ailleurs est suintant et dans lequel les cheveux sont agglutinés et collés sur le cuir chevelu par des squames croûteuses.

Les *séborrhéides circinées* du cuir chevelu ou pityriasis stéatoïde ont une bordure plus rosée et n'ont jamais de cheveux cassés.

Il nous paraît inutile de différencier de la teigne tondante à petites spores le favus, la pelade, et les variétés diverses d'alopécie.

2° LES TRICHOPHYTIES VRAIES

On donne le nom de *trichophyties* à l'ensemble des lésions que peuvent causer sur les téguments et sur leurs annexes des champignons parasites de l'homme et des animaux : *les trichophytons*.

Suivant les localisations qu'ils affectent on a décrit :

A. *Les trichophyties des régions velues* (cuir chevelu, barbe, cils, etc...) (*teigne tondante à grosses spores*, herpès tonsurans, sycosis parasitaire, etc.).

B. *Les trichophyties des régions dites glabres des téguments* (*trichophytie cutanée* ou *herpès circiné parasitaire*.

C. Les *trichophyties des ongles* ou onychomycoses trichophytiques.

A. Trichophyties des régions velues.

A. ***Cuir chevelu***. — Au cuir chevelu, on peut observer divers trichophytons qui donnent lieu à des teignes tondantes d'aspect un peu variable. Il semble toutefois que dans chaque pays il y ait une espèce qui prédomine : c'est ce que les recherches de Sabouraud semblent avoir démontré. Il a prouvé qu'en France, à Paris en particulier, il y a une variété des plus fréquentes qui sévit dans les écoles et à laquelle

on a donné le nom de teigne tondante scolaire parisienne (Sabouraud : *Pratique Dermat.*, t. IV, p. 478).

α) Teigne tondante scolaire parisienne.

Description du parasite. — Comme nous le verrons plus loin, dans cette variété il est assez difficile de trouver les cheveux malades : ils se montrent sous la forme de points noirs plus gros que le diamètre des cheveux sains ; ils sont cassés dans l'épiderme, incurvés dans son épaisseur, recouverts de la lame cornée. On peut, quand on les voit, les extraire avec une aiguille. On peut aussi racler avec une curette modèle Vidal, ou avec une lame de verre porte-objet, les points suspects, et dans les débris épidermiques on trouvera d'ordinaire des tronçons de cheveux malades.

On y voit le parasite sous la forme de spores en chapelet, en chaînes, et ces chaînes, à peine flexueuses, suivent la direction du cheveu. Elles sont comprises dans le cheveu même sans dépasser sa cuticule (Gruby). Elles sont tellement nombreuses qu'elles remplissent d'ordinaire le cheveu entièrement, rendant ses détails propres de structure et son tissu complètement invisibles. Ces spores ont de 3 à 4 μ de largeur sur 4, 5, 6 μ de longueur, une double enveloppe, un contenu protoplasmique réfringent non nucléé. Ces files de spores qu'on peut suivre sur une très grande longueur du cheveu se divisent invariablement par dichotomie.

Fig. 69. — Trichophyton megalosporon à cultures cratériformes.

« Quand on examine un tronçon de cheveu envahi depuis longtemps, les files de spores qu'il contient sont rigoureusement pressées les unes contre les autres, elles se touchent toutes latéralement, remplissant le cheveu, mais une observation attentive montrera que jamais elles ne dépassent la cuticule du cheveu qui garde son entière intégrité. » (Sabouraud, *loc. cit.*).

Le champignon dès le début de son envahissement semble occuper le centre du cheveu. En outre, quand on traite la préparation par la potasse à 40 p. 100, on voit que les filaments parasitaires résistent mieux que le tissu du cheveu. C'est donc un champignon endothrix et à mycélium résistant : ce sont là deux caractères distinctifs par excellence du parasite de la teigne tondante scolaire Parisienne.

Il est à peine utile de faire remarquer que l'émiettement facile du cheveu atteint favorise la dissémination des spores trichophytiques et par suite la contagion de la maladie par l'ensemencement de ces spores sur milieu sain.

Si l'on porte un fragment de cheveu parasité sur un milieu contenant 4 grammes de sucre et 1 gramme de peptone p. 100, on obtient une culture montueuse creusée en son centre d'un large cratère : cette particularité a fait donner à cette espèce cryptogamique le nom de *Trichophyton cratériforme* (Sabouraud, *loc. cit.*).

Symptômes. — Il est souvent fort difficile de découvrir une teigne tondante scolaire au cuir chevelu. En l'examinant cependant avec le plus grand soin, en rebroussant lentement les cheveux, on apercevra de petits nids de squames pityriasiques, et sous ces squames, en les soulevant, on trouvera une ou deux racines de cheveux cassés envahis par le champignon. Parfois on ne verra que quelques petites clairières alopéciques et à leur niveau sur le cuir chevelu de petits points noirs, qui ne sont autre chose que des cheveux malades, cassés ras, ou incurvés dans la lame cornée de l'épiderme. Il faut les extraire avec une pointe fine et on y trouve le trichophyton.

Dans quelques cas rares on peut voir sur le cuir chevelu une éruption rosée circinée qui constitue la première phase de l'infection, phase à laquelle succède rapidement une petite plaque de pityriasis.

Il est relativement fréquent par contre d'observer chez ces sujets des points d'attaque cutanés sur le cou, le visage, les oreilles, les mains : ce sont des taches rosées, arrondies, qui s'étalent régulièrement par la périphérie en s'affaissant au centre : les bords sont un peu surélevés, rosés, finement squameux, parfois parsemés de petites vésicules. Lorsque ces lésions existent, on doit explorer avec grand soin le cuir chevelu, et, si l'on y voit quelque chose de suspect, chercher jusqu'à ce que l'on découvre le champignon pathognomonique.

Les caractéristiques de la teigne tondante scolaire parisienne sont donc d'après Sabouraud : 1° L'absence de grandes plaques de cheveux malades; 2° L'existence d'un nombre considérable de cheveux sains même sur les points les plus atteints; 3° La mutiplicité des points d'inoculation; 4° chaque point d'inoculation ne comprend que quelques cheveux malades.

Cette affection évolue avec la plus grande lenteur : elle persiste parfois jusqu'à l'âge adulte : à cette époque elle disparaît presque toujours spontanément. Elle peut donc, quand on ne la traite pas, durer pendant plusieurs années.

Quand elle évolue naturellement elle disparaît sans alopécie consécutive. Sabouraud l'a vue cependant aboutir spontanément dans quelques cas à la sclérose atrophique de quelques-uns des follicules envahis.

C'est donc une affection bénigne en elle-même, mais son extrême contagiosité et sa longue durée possible en assombrissent quelque peu le pronostic.

Diagnostic. — D'après ce qui précède on voit combien le diagnostic de cette affection est délicat. On la confond avec le pityriasis simplex. Quand on trouve du pityriasis sur le cuir chevelu d'un enfant, il faut toujours chercher s'il n'y a pas de cheveux cassés et les examiner au microscope[1].

[1] Plato et après lui Truffi (*Clinica medica Italiana*, 1904) ont obtenu par la filtration ou mieux par la stérilisation au moyen de l'ébullition ou de l'autoclave à 120° des cultures trichophytiques, une substance de composition évidemment complexe, à laquelle il donne le nom de trichophytine. Elle est sans action sur les sujets sains; mais elle détermine sur les sujets atteints de trichophytie une réaction générale fébrile, et une réaction locale caractérisée par du gonflement et

β) Autres tondantes trichophytiques chez l'enfant.

Tondante trichophytique à mycélium ultra résistant. — Le parasite est un trichophyton dont le mycélium est assez résistant pour qu'on puisse dissoudre la totalité du cheveu qui le renferme sans rompre en aucune façon le trousseau mycélien. Sa culture est cratériforme comme celle du précédent, mais non pelucheuse et chargée de striations concentriques d'une extrême finesse. On peut le considérer comme une variété du précédent (*Trichophyton cratériforme* β). La symptomatologie est à peu près la même (Sabouraud).

Tondantes trichophytiques à mycélium fragile. — « Il existe une série de plusieurs espèces trichophytiques qui se caractérisent, inversement aux précédentes, par la fragilité extrême des mycéliums cryptogamiques dans le cheveu, et par la forme acuminée et non plus cratériforme de leur culture.

« Les spores contenues dans le cheveu sont beaucoup moins régulières que dans les espèces précédentes; elles sont irrégulières et bossuées comme il est de règle chez les trichophytons d'origine animale. Les mycéliums que constituent ces files de spores sont extrêmement fragiles et s'égrènent dans le cheveu bien avant que celui-ci ne soit dissous dans une solution potassique.

« Deux espèces parasitaires fournissent ces caractères d'une manière si analogue que ni l'examen objectif de la tondante à laquelle ils donnent lieu, ni l'examen microscopique de leur parasite ne peut les différencier l'un de l'autre. Il faut pour cela la culture.

« Ces deux espèces trichophytiques fournissent sur le milieu sucré d'épreuve (4 p. 100 de sucre, 1 p. 100 de peptone), une culture montueuse *acuminée*. L'une, la plus fréquente, donne une colonie de couleur et de consistance rappelant la pâte de carton *sèche*, sa couleur est d'un gris jaune, ocracée (*Trichophyton acuminatum*). L'autre, moins fréquente en France, donne une colonie un peu plus large que la précédente et plus vivace, d'abord d'un brun jaune, d'aspect lisse et *humide*, qui, en vieillissant, prend une teinte violet noir analogue à celle de la *viola tricolor* (*Trichophyton violaceum*). C'est la plus fréquente des espèces trichophytiques italiennes.

« Leur parasite dans le cheveu de l'enfant est endothrix comme les précédents, quoique peut-être d'une façon un peu moins stricte.

« Parmi les symptômes spéciaux dont s'accompagnent les teignes tondantes que ces parasites déterminent, je noterai l'extrême diffusion des points d'attaque. Sur une région qui fut le siège de la première atteinte du mal et qui peut présenter une surface d'un décimètre carré, il existe plus de cheveux malades que de cheveux sains, et tout autour de cette immense plaque maîtresse de contours très imprécis, les points d'inoculation secondaire se pressent innombrables, devenant plus rares et plus espacés à mesure qu'on les cherche sur le cuir chevelu en des points plus distants de la grande plaque mère originelle » (Sabouraud, *Pratique Dermat.*).

Tondantes trichophytiques exceptionnelles. — « Dans un certain nombre de cas que j'estime à 5 p. 100 environ à Paris, la tondante de l'enfant relève de parasites trichophytiques autres que ceux que nous venons de décrire.

« Tous ces trichophytons ont un caractère commun, c'est d'habiter en partie à l'extérieur du cheveu et de former une gaine à sa racine, tandis que les trichophy-

de la rougeur qui se produit constamment au niveau de l'injection, parfois au niveau des parties malades. On peut donc à la rigueur l'employer comme moyen de diagnostic.

tons précédemment décrits habitent exclusivement l'intérieur du cheveu, d'où leur nom de *trichophytons endothrix*; ceux-ci habitent dans le cheveu et hors de lui, ce sont des *endo-ectothrix* ou même comme le trichophyton gypseum des *ectothrix purs*. Leurs spores sont irrégulières; leur forme est particulière, ronde, carrée, ovale; leurs dimensions exceptionnelles, ou très grosses, ou très fines.

« Tantôt le cheveu présente une gaine crayeuse visible à l'œil nu, un peu analogue à la gaine du cheveu de la tondante à petites spores.

« Tantôt les plaques de tondantes à grosses spores s'accompagnent d'inoculations épidermiques aux adultes du voisinage, inoculations dont le développement anormal annonce un trichophyton exceptionnel.

« D'autres fois enfin la tondante prend des caractères inflammatoires folliculitiques. C'est le *kérion de Celse* ordinairement dû au trichophyton du cheval à cultures blanches (Trichophyton gypseum), espèce beaucoup plus fréquemment observée sur la peau ou dans la barbe de l'homme adulte que sur le cuir chevelu de l'enfant (voir plus loin) » (Sabouraud, *loc. cit.*).

B. ***Trichophyties de la barbe***. — « L'espèce trichophytique qui fait 95 p. 100 des tondantes trichophytiques de l'enfant ne se rencontre pas dans les trichophyties de la barbe de l'adulte : (Une seule fois. Bodin).

« J'y ai rencontré surtout le trichophyton à cultures blanches du cheval (trichophyton gypseum) qui fait le kérion de Celse ;

« Puis un trichophyton à cultures roses dont l'origine aviaire m'a été plusieurs fois démontrée de la façon la plus rigoureuse ;

« Un trichophyton à culture jaune vermiculaire que je crois originaire du veau sans en être sûr;

« Le trichophyton à culture acuminée (trichophyton acuminatum) que je viens de décrire dans quelques cas de tondantes infantiles;

« Le trichophyton violaceum dont j'ai parlé plus haut également » (Sabouraud).

Il semble résulter des recherches déjà faites que, seules, les espèces trichophytiques les plus robustes et spécialement les espèces venues à l'homme par les animaux peuvent s'implanter dans la barbe de l'homme.

1° *Kerion Celsi* (kérion de Celse). — *Sycosis nodulaire trichophytique*. — (*Trichophyton gypseum*, origine équine). — Si les trichophyties de la barbe sont plus fréquemment inflammatoires et compliquées de folliculites suppurées que les trichophyties du cuir chevelu, c'est qu'elles sont causées le plus souvent par un trichophyton essentiellement pyogène, le trichophyton gypseum.

« C'est un trichophyton presque exclusivement ectothrix, composé de chapelets mycéliens sporulés, ce qui explique dans cette teigne la rareté des cheveux cassés et la forte réaction suppurative du follicule dont les couches épidermiques sont infectées. Sa culture sur moût de bière gélosé est de couleur blanche un peu saumonnée et nettement poudreuse, comme couverte de plâtre à sa surface, d'où le nom de trichophyton gypseum.

« Son origine équine est prouvée par la profession des malades : ce sont le plus souvent des palefreniers, des équarisseurs, des aides vétérinaires » (Sabouraud, *Pratique Dermat.*).

La symptomatologie du sycosis trichophytique est peu précise dans les auteurs classiques parce qu'ils ont attribué à une seule espèce de trichophyton ce qui appartient en réalité à plusieurs.

Le trichophyton gypseum provoque d'emblée l'apparition de pustules circumpilaires entourées d'une zone d'infiltration et de rougeur plus ou moins vive, reposant sur un derme qui se tuméfie rapidement. Les poils malades sont peu ou point adhérents. Les lésions peuvent atteindre un degré d'intensité fort accentué :

Fig. 70. — Trichophytie de la barbe.

en s'agglomérant, ce qui est la règle, les pustules forment des sortes de gâteaux ou de nodosités profondes qui font une saillie notable au-dessus du niveau des téguments (*Sycosis tuberculeux*), et d'où l'on peut par la pression faire sourdre du pus par de nombreux orifices situés à leur surface (*Kérion*). Parfois même il existe de véritables abcès intradermiques avec décollements (*Sycosis phlegmoneux*).

Les points les plus fréquemment atteints sont d'abord et avant tout le rebord du maxillaire inférieur, puis les joues, le menton, la région sus-hyoïdienne, parfois le pubis.

Le cuir chevelu peut être envahi, surtout chez l'enfant, par le même trichophyton, et la lésion y revêt alors l'aspect d'une sorte de macaron de 3 à 6 centimètres de diamètre, d'un rouge violacé, faisant saillie au-dessus du niveau des téguments, profondément infiltré et criblé d'orifices d'où s'écoule du pus.

Fig. 71. — Sycosis trichophytique.

Les parties glabres et surtout la face dorsale des mains, les poignets, les avant-bras peuvent aussi être le siège de la lésion. C'est le même aspect de macarons infiltrés et saillants avec pustules et puits purulents : les placards sont uniques ou au nombre de 2 ou 3, rarement plus. Cependant chez un jeune étudiant nous avons vu tout le corps en être couvert. Cette lésion correspond aux *folliculites et périfolliculites conglomérées en placards* de Leloir et Duclaux.

Les poils atteints finissent par tomber, et, dans beaucoup de cas, la papille pileuse ayant été détruite par la suppuration, ils ne repoussent plus. Parfois la papille n'a pas été complètement détruite et elle sécrète un poil malade, grêle et

décoloré, ou noirâtre, irrégulier, et tortillé, qui ne constitue plus qu'un corps étranger et qu'il faut enlever. C'est ainsi que le kérion Celsi peut aboutir à des alopécies définitives, lesquelles sont rarement absolues sur toute la surface de la plaque.

La durée du sycosis trichophytique est fort longue : abandonné à lui-même, il peut guérir spontanément : par suite de la suppuration des follicules, les poils malades tombent : la peau reprend peu à peu son aspect normal et les poils repoussent en partie. Mais parfois, surtout à la barbe, il peut y avoir des complications d'abcès et de décollements, formation de points d'attaque successifs, et persistance pendant des années.

Le diagnostic est relativement facile, étant donnée l'agmination si spéciale des folliculites, la forme arrondie plus ou moins régulière que prend le gâteau inflammatoire.

2° *Trichophytie de la barbe en forme de kératose pilaire.* — (*Trichophyton rosaceum* d'origine aviaire). — « La culture de ce parasite sur milieu sucré d'épreuve évolue lentement sous forme d'une boule blanche neigeuse, pelucheuse, qui s'étale en vieillissant et prend une couleur rose pâle d'une extrême finesse. Vue de dos, la culture montre en son centre une tache d'un noir d'encre que cette seule espèce présente. Elle est d'origine aviaire : je l'ai trouvée sur une tête de poule morte.

« L'épiderme montre de-ci de-là des segments de cercle de trichophytie sèche et squameuse, le plus souvent fugaces, disparaissant par places, se reformant ailleurs, ce qui donne à ces efflorescences une allure serpigineuse.

« Ce qui caractérise vraiment cette trichophytie, c'est la lésion élémentaire du follicule qui forme un cône épidermique sec d'où émerge un poil cassé court. L'ensemble rappelle la kératose pilaire, mais amplifiée et exagérée en tous ses caractères.

« L'évolution de cette trichophytie sèche est excessivement lente ; je l'ai vue durer plus d'une année malgré tout traitement » (Sabouraud).

3° *Trichophytie de la barbe à forme humide pseudo-impétigineuse.* — « Le trichophyton de cette variété est très voisin du trichophyton cratériforme ; il serait à la rigueur possible que ce fut le trichophyton cratériforme lui-même comme le croit Bodin : le trichophyton de la tondante ordinaire pourrait donc dans cette hypothèse donner lieu à de la trichophytie de la barbe chez l'homme.

« C'est une trichophytie à cheveux malades coupés court au-dessus de la peau, réunis par groupes de 3 à 5 : ces petits groupes de cheveux malades se trouvant disséminés en quantité et au hasard sur les deux joues. Sur chaque point il y a une épidermite humide analogue à l'élément de l'impétigo quand la coupole de la vésicule impétigineuse a été détruite et que le corps muqueux reste à nu.

« Dans la barbe, on voit souvent ces lésions s'accompagner de petits abcès, disséminés suivant les plis sous-mentaux en chaînes moniliformes, et ces abcès sont microbiens et non trichophytiques » (Sabouraud).

C'est sans doute dans cette forme et dans la précédente que les vieux auteurs ont décrit ces plaques de desquamation blanche auxquelles ils avaient donné le nom de *pityriasis alba parasitaire*. Ce sont des plaques grisâtres hérissées de poils coupés courts et engainés de squames blanchâtres : le derme est d'un rouge pâle, rugueux, chagriné, un peu épaissi.

4° *Trichophyties de la barbe à forme de tondante trichophytique banale.* — Elles sont causées par les trichophytons acuminatum et violaceum que l'on trouve aussi au cuir chevelu.

Elles sont constituées par des lésions diffuses : on peut voir la moitié des poils de la barbe contaminés par groupes de trois, cinq, dix, séparés par des groupes de poils sains.

« Les poils trichophytiques sont pliés et incurvés dans l'épiderme sous la lame cornée. Il y a très peu de lésions épidermiques, quelques segments tronqués et à demi effacés de cercles trichophytiques qui peuvent manquer » (Sabouraud).

B. **Trichophytie des parties glabres ou herpès circiné parasitaire.** — La grande majorité des trichophyties cutanées sont causées par des trichophytons animaux (Sabouraud).

Symptômes. — La *trichophytie circinée* ou *herpès parasitaire* s'observe à la fois chez l'enfant et chez l'adulte. Dans sa forme banale, elle débute par une petite tache rosée légèrement saillante et squameuse, de la grandeur d'une lentille à peine ou d'une pièce de 20 centimes, et qui est le siège d'une assez vive démangeaison. Cette tache a une tendance constante à s'étendre par ses bords d'une manière régulière ou progressive, en conservant toujours la forme d'un cercle parfait. Cette extension se fait avec une certaine rapidité, puisqu'en l'espace de quinze jours elle arrive à constituer un cercle de 5 centimètres de diamètre environ. Lorsqu'elle a atteint ces dimensions, elle peut être regardée comme arrivée à sa période d'état, c'est-à-dire qu'elle possède au plus haut degré ses caractères pathognomoniques. Son centre est jaunâtre, légèrement pigmenté, un peu pityriasique ; parfois, mais beaucoup plus rarement, la peau y a presque son aspect normal. La périphérie de la plaque est occupée par la zone d'activité ; ce sont des séries de petites élevures rouges, sortes de petites papules acuminées, avec de fines squames furfuracées ; ces papules sont rangées linéairement les unes à côté des autres, et se touchent par leurs bords latéraux, de façon à constituer une sorte de bande rouge, géométriquement circulaire, de 2 ou 3 millimètres de large. Les limites de cette bordure sont fort nettes, surtout en dehors ; elles le sont quelquefois un peu moins en dedans. Dans quelques cas, lorsqu'elle dure depuis assez de temps, la trichophytie cutanée prend une extension énorme et arrive à former des cercles de 10, 15 et même 25 centimètres de diamètre ; mais alors elle n'a plus de régularité absolue ; la zone marginale est interrompue en certains points ; il y a des centres secondaires d'envahissement, concentriques au premier ou extérieurs, et, dans ce dernier cas, ils peuvent devenir confluents, se couper, et décrire des circinations incomplètes d'apparences fort diverses. Telle est la forme *érythémato-squameuse de l'herpès circiné*, c'est l'*érythème trichophytique des auteurs*.

Fig. 72. — Trichophytie du cou chez une fillette (Herpès circiné parasitaire, forme vulgaire).

Il est assez commun de voir sur la bordure périphérique de petites vésicules transparentes, perlées, du volume d'une tête d'épingle ou même quelquefois plus minuscules, qui deviennent opalines en vieillissant ; ces vésicules ou ces vésico-pustules sont rangées linéairement à côté les unes des autres ; elles reposent sur la base érythémato-squameuse que nous venons de décrire ; elles sont éphémères, se rompent et sèchent en deux ou trois jours, et il se forme alors des croûtes fines

ou des squames peu adhérentes ; pendant ce temps, de nouveaux éléments vésiculeux surgissent en dehors des premiers, et élargissent ainsi peu à peu la lésion.

Cette *variété vésiculeuse* est dans quelques cas fort accentuée, et l'affection mérite bien alors le nom que lui avaient donné les vieux auteurs d'*herpès circiné*.

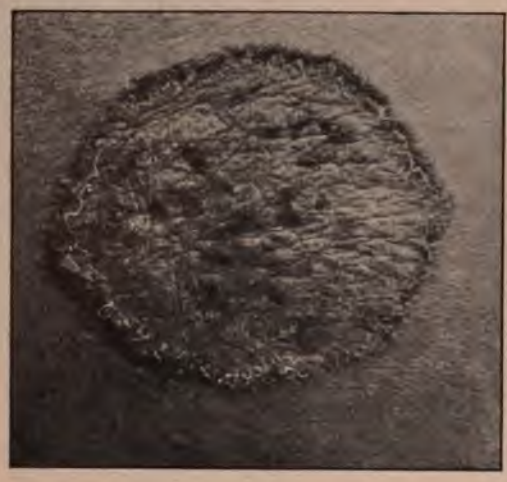


Fig. 73. — Trichophytie de la fesse.
On y remarquera une vague tendance à une double circination.

Parfois l'inflammation causée par le parasite est beaucoup plus intense ; il se produit une rougeur vive des téguments qui s'infiltrent, s'épaississent, deviennent irréguliers, comme bosselés ; il survient des vésico-pustules et des pustules surtout localisées à la périphérie, où elles forment une bordure d'extension, mais on en trouve également quelques-unes vers le centre qui est rouge, squameux, et non plus indemne comme dans les formes précédentes. Les bords sont indurés, rouge vif, et font une saillie notable. Cette variété, qui confine au sycosis, mais qui en diffère par sa régularité de circonscription et d'extension, par sa localisation aux parties glabres, se rencontre surtout chez les palefreniers, les bouviers, les bouchers, en un mot chez les personnes qui sont exposées à être contaminées par les animaux. L'agent pathogène est ici le champignon du kérion de Celse, le trichophyton gypseum.

Nous avons aussi assez souvent observé une trichophytie des parties glabres caractérisée par deux cercles concentriques rouges, plus ou moins vésiculeux, et qui est causée par un trichophyton du chat, le *trichophyton niveum*, dont la culture est d'un blanc de neige et duveteuse (Sabouraud).

Rappelons que les enfants atteints de teigne tondante scolaire présentent fréquemment sur le cou, la face, les mains, etc..., des lésions circinées de 1 centimètre et demi à 4 centimètres de diamètre, à périphérie linéaire rouge, squameuse, parfois finement vésiculeuse, légèrement surélevée ; elles guérissent assez souvent spontanément.

Fig. 74. — Trichophytie du cou, à double circination.

Quand le trichophyton se développe à la paume des mains et à la plante des pieds, il y forme, comme l'a établi Djelaleddin Mouktar, des lésions assez spéciales d'aspect, pouvant avoir une fort longue durée, et simulant parfois des syphilides. Elles sont caractérisées par une bordure serpigineuse assez nettement arrêtée, constituée par un soulèvement épidermique au-dessous duquel, quand on le récline, on trouve toute une série de vésicules linéairement rangées les unes à côté des autres. Pour arriver à guérir ces localisations, il faut ramollir l'épiderme corné, l'enlever et agir avec les prépara-

tions iodées sur les couches sous-jacentes. D'après Sabouraud la variété de trichophyton que l'on rencontre le plus souvent en ces régions est le *trichophyton acuminatum*.

La trichophytie cutanée peut aussi se développer vers les grands plis articulaires, en particulier au pli de l'aine, et y simuler l'érythrasma. Les lésions qu'elle provoque diffèrent de celles de l'érythrasma par la présence de vésicules sur la bordure extérieure des plaques, bordure qui est d'un rouge vif.

Quand on fait l'examen microscopique des squames des plaques de trichophytie cutanée, on y trouve le champignon sous la forme d'élément mycélien jeune et d'élément mycélien sporulé (Sabouraud).

Diagnostic. — La physionomie si spéciale de l'herpès circiné parasitaire impose d'emblée le diagnostic : on peut cependant le confondre avec certaines syphilides circinées, avec le pityriasis circiné et marginé d'E. Vidal, la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert, le psoriasis circiné, l'érythème circiné, l'eczéma nummulaire, la dermatose figurée médio-thoracique, etc... Mais dans ces diverses affections, l'évolution ultérieure de la maladie, l'extension moins rapide et moins régulière de la plaque, les bords moins fins et moins nettement arrêtés, la teinte rose moins vive, permettront presque toujours de poser le diagnostic sans avoir recours au microscope. On devra pratiquer l'examen histologique en cas de doute, quoi qu'il soit fort difficile de trouver le parasite.

C. Trichophyties unguéales. — Onychomycoses trichophytiques.

Symptômes. — « Les trichophytons animaux paraissent seuls pouvoir se localiser aux ongles. L'onychomycose trichophytique est plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Elle se présente avec des caractères qui n'ont rien de spécifique : épaississement du corps de l'ongle qui montre sur sa tranche de larges spores d'où l'aspect spécial dit « en moelle de jonc », friabilité de l'ongle au grattage et à toutes les érosions accidentelles, évidement progressif de l'ongle quelquefois au-dessous de sa table externe plus ou moins conservée. Cette lésion se rencontre rarement sur un seul doigt; ordinairement plusieurs sont contaminés sans ordre ni choix. Le plus souvent aussi les deux mains sont prises, quelquefois les dix doigts, ce qui est plus rare.

« Les onychomycoses trichophytiques sont à tout âge une maladie de longue durée ; elles guérissent quelquefois spontanément, d'autres fois elles persistent trois ans, cinq ans et davantage.

« En France, les espèces que l'on rencontre le plus habituellement dans les onychomycoses trichophytiques sont les trichophytons à culture acuminée (Trichophyton acuminatum, Trichophyton violaceum) » (Sabouraud).

Diagnostic. — Il est bien difficile de différencier l'onychomycose trichophytique des autres affections unguéales, en particulier de l'eczéma, du psoriasis, du favus, etc... ; la coexistence d'une autre manifestation cutanée ou pilaire de la trichophytie mettra sur la voie du diagnostic, et l'examen microscopique fera connaître la présence du parasite. L'onychomycose faveuse est beaucoup plus jaune.

Traitement des teignes tondantes du cuir chevelu. — Pour le traitement, il n'est guère utile de tenir compte des distinctions que nous venons d'établir au point de vue pathogénique et clinique entre les diverses variétés de teignes. Ce qui suit

s'applique donc indistinctement à la teigne tondante de Gruby-Sabouraud et aux diverses trichophyties du cuir chevelu.

Traitement général. — La teigne tondante est une affection éminemment parasitaire, locale, en quelque sorte extérieure à l'organisme ; elle est donc surtout justiciable d'un traitement externe. Cependant on a reconnu depuis longtemps que le terrain exerçait sur elle une certaine influence. C'est ainsi qu'elle semble être plus fréquente et plus tenace chez les sujets jeunes, lymphatiques, débilités, chez ceux dont la constitution est appauvrie.

Aussi fera-t-on sagement, quand l'enfant ne jouira pas d'une florissante santé, de lui administrer quelques toniques ; on prescrira suivant les cas, l'huile de foie de morue, le sirop antiscorbutique, le sirop d'iodure de fer, le sirop iodotannique de Guilliermond, l'arsenic, le quinquina, les bains sulfureux, etc.

Dans les cas où l'état général semblait être profondément atteint, Hardy recommandait l'habitation à la campagne, au bord de la mer, les bains de mer, les eaux sulfureuses, les eaux chlorurées-sodiques. Sabouraud a démontré plus récemment l'influence bienfaisante du séjour à la campagne pour la guérison des teignes.

Traitement prophylactique. — La première chose que l'on doit faire lorsqu'on a à soigner un enfant atteint de trichophytie est de prévenir l'extension du mal et d'empêcher la contamination des personnes qui ont des rapports avec lui.

S'il est une affection pour laquelle la transmissibilité de l'homme à l'homme, des animaux à l'homme et vice versâ, soit démontrée, c'est bien la teigne tondante. Aussi toute la prophylaxie de la maladie consiste-t-elle dans ce seul mot : *isolement rigoureux*. Tout enfant atteint de trichophytie doit être exclu des écoles ; on lui coupera immédiatement les cheveux aussi ras que possible : on lui savonnera la tête tous les matins, puis on la recouvrira d'un enduit imperméable quelconque ou tout au moins d'un pansement soigneusement fixé. Quand il se trouvera avec d'autres enfants, il ne devra se découvrir sous aucun prétexte.

Dans les cas d'origine inconnue, on recherchera avec soin si dans la famille ou dans l'entourage il n'y a pas quelque animal que l'on puisse incriminer. Dès qu'il sera découvert, comme il présente une source constante d'infection nouvelle, il sera abattu ou soigné.

Traitement local proprement dit. — Pour prévenir l'extension du mal chez le sujet contaminé, il faut avant tout nettoyer la tête : pour cela on coupera avec des ciseaux les cheveux aussi ras que possible ; quelques auteurs recommandent fort de ne pas raser, parce qu'on peut ainsi multiplier les points d'inoculation secondaire du parasite. Il est inutile d'ajouter que tous les instruments dont on se sert pour les teigneux doivent ensuite être désinfectés et flambés avec tout le soin désirable. Puis on savonnera le cuir chevelu avec de l'eau chaude et un savon ordinaire, ou du savon au goudron et au naphtol.

Traitement curatif. — La radiothérapie. — Depuis la découverte des rayons X et de leurs curieuses propriétés dépilantes, on a songé à les utiliser dans le traitement des teignes tondantes. « Freund les a déjà employés dans ce but en 1896 ; en 1900, Schiff affirmait au Congrès de Paris que la radiothérapie était, sans conteste, le traitement d'avenir de la teigne tondante et du favus. Depuis lors, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, nombre d'essais partiels furent tentés. A Paris, Gastou, Vieira et Nicolau ont présenté à la Société de Dermatologie, dès 1902, quelques observations de teigneux guéris ou améliorés par la radiothérapie. Nous-mêmes, avec Bisserié, nous traitons par cette méthode depuis deux ou trois ans les quelques teigneux qui nous viennent à Broca, à la consultation de Brocq.

Dans le courant de l'année 1903, Sabouraud nous fit l'honneur de nous adresser son technicien, H. Noiré, pour que nous lui montrions nos résultats et que nous lui indiquions notre technique. Les résultats qu'il obtint furent excellents, et le nombre de malades dont il disposait lui a permis de fixer, avec plus de précision, les règles pratiques du traitement des teignes par les rayons X (Belot, *La Radiothérapie*, 1904, p. 298).

« La méthode que j'ai exposée dans les *Annales de l'Institut Pasteur* du mois de janvier 1904 peut se résumer en peu de mots : Appliquer en une seule séance sur un point donné du cuir chevelu une somme de rayons X égale à 4 1/2 ou 5 unités H de Holzknecht ; il s'en suivra quinze jours plus tard une dépilation totale de la région. La dépilation entraînera avec les cheveux sains les cheveux malades. Les cheveux repousseront sains. La repousse commencera dix semaines après la date de l'intervention et sera complète dix semaines plus tard. La contagiosité de la maladie disparaît avec le dernier cheveu contaminé, vingt-cinq jours au plus après l'intervention. En face de ce traitement tous les traitements antérieurement préconisés contre les teignes sont comme s'ils n'étaient pas. La radiothérapie des teignes les a périmés. » (Sabouraud.)

Sabouraud et Noiré emploient pour mesurer la somme de rayons X qu'ils utilisent leur papier au platino-cyanure de baryum connu sous le nom de radiomètre de Sabouraud et Noiré. La teinte B de ce radiomètre correspond à la quantité de rayons suffisante pour provoquer une dépilation totale d'une région donnée du cuir chevelu, sans radiodermite, sans érythème, sans alopécie définitive. Elle correspond à 5 unités H de Holzknecht. Voici la règle pratique que donnent ces auteurs :

« Pour guérir une plaque de teigne par les rayons X, il faut la placer à 15 centimètres du centre de l'ampoule, et placer en même temps à 8 centimètres du centre de cette ampoule une pastille de papier au platino-cyanure de baryum. Quand cette pastille a pris la teinte B de notre radiomètre, l'opération est terminée. »

« C'est à une action purement mécanique que l'on doit la disparition des trichophytons. Il ne faudrait pas croire en effet que les rayons X exercent dans ce cas un effet bactéricide. Dans les conditions thérapeutiques habituelles, cette action n'existe pas. Le trichophyton conserve sa vitalité, mais le cheveu dans lequel il a élu domicile est expulsé. Les dernières parcelles de cheveux malades qu'on recueille à la surface de la peau, au moment de leur expulsion, sont encore infiltrées de parasites vivants. » (Belot, *loc. cit.*)

Il est donc nécessaire jusqu'à ce que l'élimination totale des fragments infectés de trichophyton soit complète de prendre des soins minutieux pour empêcher les réensemencements. On peut pour cela pratiquer des savonnages au savon de naphtol, et faire sur tout le cuir chevelu indemne tous les jours ou tous les deux jours des badigeons de teinture d'iode diluée de 5 à 10 fois son volume d'alcool à 66°.

En employant la radiothérapie dans le traitement des teignes, il faudra tâcher d'éviter le plus possible l'emploi des rayons obliques qui sont irritants pour l'épiderme, et qui provoquent parfois le développement de folliculites staphylococciques, qu'il convient de traiter par les moyens appropriés.

Il peut y avoir quelques échecs que Sabouraud attribue à trois causes : α) une dépilation insuffisante sur un ou deux points et qui laisse quelques cheveux malades sans les faire tomber ; β) un oubli opératoire réservant un îlot de cheveux malades, difficiles à voir, et dont on s'aperçoit quand la guérison du reste est obtenue ; γ) quelques réinoculations au cours du traitement.

Il n'en est pas moins vrai que la radiothérapie constitue le traitement idéal des teignes, celui qu'on doit toujours choisir quand c'est possible.

Autres procédés. — Mais quand il est absolument impossible d'y avoir recours, il faut employer un des traitements anciennement utilisés, et parmi eux celui qui donnait de beaucoup les moins mauvais résultats était encore l'épilation.

Pratique de l'épilation. — Autrefois on épilait avec la calotte de poix, méthode aveugle, fort douloureuse, et que l'on a justement abandonnée. Les frères Mahon épilaient avec le peigne et les doigts. Depuis Bazin, on se sert de la pince à épiler, pince à mors plats qui est maintenant universellement connue. Quelques auteurs recommandent avant de pratiquer l'épilation de savonner les points à épiler, de les frictionner avec une pommade à la cocaïne, ou mieux encore de se servir du procédé de Reynolds (de Chicago) qui imbibe l'éponge du pôle positif d'une pile à courants continus d'une solution de cocaïne, la place sur la région à épiler, et, grâce au courant électrique, fait pénétrer le médicament dans le derme et produit l'anesthésie.

On place le petit malade dans la position la plus commode, on tend la peau avec les doigts, on saisit entre les mors de la pince un, deux ou plusieurs poils formant touffe, et on les arrache d'un coup sec en tirant verticalement. Il faut opérer avec méthode, essayer de déblayer, autant que possible, toute l'étendue de la plaque malade, mais surtout enlever tous les poils qui entourent cette plaque sans en oublier un seul, dans un rayon de 1 centimètre au moins, jusqu'à ce qu'il soit devenu bien évident qu'il n'y a plus dans le voisinage un seul cheveu malade, moins adhérent, moins solide que les cheveux sains. Après cette opération, lorsqu'elle a été bien faite, toutes les plaques de trichophytie doivent être entourées d'un cercle blanchâtre de cuir chevelu sain, complètement dépouillé de poils. C'est la zone de protection contre l'extension du mal. On cherchera tous les points d'attaque les plus minuscules, et on les traitera de la même façon. L'épilation est parfois suivie d'un peu de rougeur, de tuméfaction et d'irritation des téguments ; mais ce ne sont là que des accidents de fort peu d'importance.

L'épilation des cheveux périphériques se fait toujours avec la plus grande facilité ; il n'en est pas de même des débris qui hérissent la plaque ; ils se cassent entre les mors de la pince, et l'on ne peut réussir à les enlever complètement. Aussi divers auteurs ont-ils proposé pour arriver à les faire disparaître l'emploi d'emplâtres agglutinatifs. Tel est celui de L. Duncan Bulkley dont voici la formule :

Cire jaune	10	grammes.
Laq. en plaques	14	—
Poix résine	21	—
Poix de Bourgogne	35	—
Gomme dammar	42	—

M. s. a.

On fond la masse et on la divise en cylindres de divers diamètres.

Pour s'en servir, on fait chauffer à la flamme l'extrémité du bâton, puis on applique rapidement cette extrémité ramollie par la chaleur sur la partie à épiler ; quand elle s'est refroidie, on la retire, et elle entraîne avec elle les poils qui se sont agglutinés dans la pâte. Nous conseillons parfois d'utiliser de la même manière le dépilatoire Dusser si connu en France.

La plupart des auteurs ont vivement protesté contre l'emploi de ces cosmétiques, ils ont à la fois tort et raison. On ne doit pas s'en servir pour

circonscrire les plaques malades, il faut toujours recourir à la pince qui est un instrument intelligent pour tracer la zone périphérique de protection autour des plaques ; on peut même avec elle essayer d'enlever le plus possible de poils cassés ; mais, malgré tous les soins que l'on prendra, la plaque restera encore hérissée de débris de cheveux malades ; c'est pour les ôter que les cosmétiques précédents peuvent rendre des services, et nous recommandons bien de ne les employer que dans ce seul but. On peut aussi se servir pour cela de collodion iodé au 1/100 que l'on applique en couche épaisse sur la plaque trichophytique, puis que l'on arrache dès qu'elle est bien sèche.

Pour arriver à nettoyer la plaque, Quinquaud raclait les parties malades avec la curette tranchante, de façon à enlever mécaniquement et un peu brutalement tous les détritus qui les couvrent.

Formule du traitement par l'épilation. — Voici, formulé pour le praticien d'une manière précise, un des meilleurs traitements de la teigne tondante par l'épilation [1] :

1° Tenir les cheveux coupés ras sur toute la tête ;

2° Faire sur tout le cuir chevelu un premier badigeon de teinture d'iode fraîche coupée de 2 ou 3 fois son volume d'alcool à 66° pour déceler tous les points d'attaque de la maladie (les points infectés se colorent d'une manière beaucoup plus vive que les régions saines) ;

3° Épiler soigneusement tous les points malades et les cercler d'une zone d'épilation périphérique empiétant de 7 à 8 millimètres sur les tissus sains pour faire une zone de protection. Réépiler toutes les fois que c'est possible ;

4° Tous les deux jours faire un badigeon iodé sur les plaques ;

5° Tous les soirs mettre sur tout le cuir chevelu de la pommade suivante :

Soufre précipité	ãã 2 grammes.
Goudron purifié	
Vaseline pure blonde	20 —
Baume du Pérou	0gr,60

6° Tous les matins faire un savonnage avec de l'eau bouillie chaude et du savon au naphtol ou à l'ichthyol ;

7° Tenir la tête recouverte constamment d'un bonnet de toile blanche que l'on change tous les jours.

Mais il est possible que ce traitement, même appliqué avec toute la rigueur désirable, n'amène pas la guérison après de longs mois. C'était pour cela que Ladreit de Lacharrière avait proposé il y a longtemps déjà l'emploi de l'huile de croton. On détermine en effet avec cette substance la formation de folliculites suppurées qui éliminent le cheveu malade. Après un moment de vogue on avait abandonné ce procédé parce qu'on lui reprochait de provoquer assez fréquemment de petites alopécies définitives pour guérir une maladie qui, abandonnée à elle-même, finissait toujours par disparaître sans cicatrices. Avant la découverte de la radiothérapie, Sabouraud l'avait remis en honneur et en avait précisé l'usage.

Il employait pour cela un crayon à l'huile de croton mitigé au tiers : huile de croton, beurre de cacao, cire vierge, ãã 5 grammes, ou même l'huile de croton pure appliquée avec un peu d'ouate roulée au bout d'un fin bâtonnet. Il convient

[1] Voir pour de plus amples détails sur les anciens traitements des teignes, l'article Trichophytie de notre ouvrage sur le *Traitement des dermatoses*.

de procéder avec prudence, en agissant fort légèrement et sur une toute petite surface pour tâter la susceptibilité du sujet. Il faut avoir une assez vive inflammation sans arriver jusqu'à l'abcès folliculaire. Si la réaction est trop vive, on calme immédiatement avec des pansements humides ou avec des cataplasmes.

D'ailleurs il est possible qu'il se produise des pustules et des ulcérations consécutives aboutissant à une cicatrice alopécique : on doit alors abandonner ce procédé.

Quand au contraire on peut gouverner la réaction inflammatoire, on répète environ tous les quinze jours ces applications : elles amènent l'élimination progressive de tous les débris de cheveux malades, et la guérison survient ainsi avec une rapidité relative.

Quand on emploie les vieux procédés de traitement des teignes, il est possible que les malades gardent pendant fort longtemps quelques cheveux trichophytiques. Dans ces cas on pourrait les supprimer par l'électrolyse ou la galvanocautérisation ; il n'y aurait guère à tenir compte des cicatrices consécutives possibles, car, à la période terminale, les cheveux atteints sont d'ordinaire éloignés les uns des autres.

Constatation de la guérison et période de surveillance. — Un des points les plus délicats du traitement de la trichophytie du cuir chevelu est de constater la guérison. Il est fort important de le faire de la manière la plus précise, car presque toujours les parents de l'enfant malade viennent demander au médecin traitant un certificat attestant qu'il est guéri, et ouvrant à l'ancien teigneux les portes des écoles ou des autres établissements publics. C'est donc une responsabilité assez lourde que l'on assume. L'affection n'est guérie que lorsque le cuir chevelu a repris sa coloration et son aspect normaux, que lorsque les cheveux sont solides, semblables aux cheveux des régions saines, que lorsqu'un examen minutieux à la loupe ne permet de découvrir en aucun point de poil malade, et qu'un examen microscopique répété ne décèle ni dans les poils ni dans les squames (s'il y en a) le moindre vestige de spore ou de mycélium. Et encore est-il sage de tenir les enfants en observation pendant quelque temps encore après cette constatation rigoureuse, avant de leur permettre de ne plus prendre aucune mesure de prophylaxie et d'isolement.

Traitement du kérion. — Lorsque la trichophytie du cuir chevelu affecte la forme à laquelle on a donné le nom de *kérion*, elle peut entraîner la destruction du follicule pileux par suppuration, et une alopécie définitive. Il faut d'abord pratiquer l'épilation, calmer l'inflammation cutanée par des applications émollientes, telles que cataplasmes de fécule, pulvérisations, pommades anodines, puis prescrire des parasiticides non irritants, tels que les préparations sulfureuses ou mercurielles faibles, les lotions d'acide borique, mais surtout les badigeonnages répétés de teinture d'iode pure ou mieux coupée d'alcool à 66° qui nous paraissent être le procédé à la fois le plus simple et le plus efficace.

Traitement des trichophyties de la barbe. — Toutes les trichophyties des régions velues du corps doivent être traitées par la radiothérapie lorsque c'est possible : c'est une règle générale.

Quand il s'agit du trichophyton gypseum et de folliculites suppurées agminées, il faut nettoyer les parties malades, les débarrasser des croûtes et des squames qui souvent les encombrent, avec des pulvérisations, des lotions, des cataplasmes, des enveloppements humides, etc. On coupe ras tous les poils voisins;

on enlève à la pince tous les poils dont les follicules sont suppurés. Tant que l'inflammation est intense, on continue à faire usage des émollients, pulvérisations, cataplasmes, enveloppements avec de l'eau bouillie légèrement boriquée ou bicarbonatée, applications de vaseline boriquée, etc. Lorsque l'inflammation est peu vive, on pratique la radiothérapie, ou l'on fait des badigeons tous les jours, ou tous les deux jours avec de la teinture d'iode coupée d'alcool à 66°, ou bien on fait des enveloppements avec la solution suivante :

Iode	50 centigrammes.
Iodure de potassium.	2 grammes.
Eau distillée.	500 —

Il est rare que l'on ait intérêt à employer d'autres parasiticides tels que les lotions au sublimé, les pommades au turbith, au turbith camphré (Hardy) (2 grammes de turbith minéral, un gramme de camphre, pour 30 grammes d'excipient), les pommades soufrées, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre rouge d'E. Vidal, les emplâtres à la créosote, à l'acide salicylique, à l'acide pyrogallique, etc.

Lorsque les régions malades sont trop épaissies, trop indurées, il peut y avoir avantage à pratiquer des scarifications linéaires quadrillées, ou des scarifications ponctuées en criblant les nodosités de piqûres avec un instrument piquant.

Quand il s'agit de trichophyties de la barbe non suppurées, on se retrouve en présence des mêmes indications que dans la teigne tondante du cuir chevelu, il faut, quand c'est possible, employer la radiothérapie, dont le maniement est ici un peu plus délicat, car les téguments de la face sont plus sensibles que le cuir chevelu : aussi faut-il procéder avec une certaine prudence.

Si l'on ne peut avoir recours à la radiothérapie, on fait couper ras tous les poils, on savonne les parties malades, on essaie de les épiler avec la pince aussi complètement que possible en empiétant largement sur les tissus sains ; on réépile dès qu'on le peut jusqu'à complète guérison, et on fait tous les jours ou tous les deux jours des badigeons de teinture d'iode diluée, ou des applications de vaseline iodée au 1/30.

Traitement des trichophyties des parties glabres. — Rien de plus simple que le traitement de l'herpès circiné parasitaire. Toutes les substances qui déterminent la desquamation des couches supérieures de l'épiderme arrivent à le guérir, si on sait les employer.

Le médicament de beaucoup le plus simple, le plus efficace, le plus pratique, qui est à la portée de tout le monde, est sans contredit la teinture d'iode pure ou mieux coupée de deux ou trois fois son volume d'alcool à 66°.

On fait un premier badigeonnage très vigoureux sur toute la plaque en dépassant les bords de 1 centimètre environ ; il est même bon de frotter avec un corps résistant de manière à faire pénétrer la teinture dans l'épiderme. Les parties malades prennent immédiatement une coloration beaucoup plus foncée. Si l'irritation produite par cette première friction n'est pas trop vive, on en fait une deuxième, puis une troisième, à vingt-quatre heures d'intervalle ; on cesse dès qu'on voit, d'après l'aspect pris par les points touchés, que l'épiderme est désorganisé et qu'il desquame. La formule donnée est de faire un badigeonnage par jour pendant trois jours consécutifs, puis d'en faire un quatrième et dernier deux ou trois jours plus tard. Si les malades sont trop incommodés par la coloration jaune que la teinture d'iode donne aux téguments, on applique le médicament le

soir, et le lendemain matin on lave avec une solution concentrée de carbonate de potasse ou d'iodure de potassium, préparations qui ont la propriété de dissoudre l'iode. L'herpès circiné parasitaire guérit d'ordinaire en quelques jours par ce procédé.

Il peut se faire cependant que les malades refusent absolument de se laisser badigeonner avec de la teinture d'iode, on emploiera dans ce cas un des moyens suivants :

On savonne les plaques matin et soir, on lave ensuite avec une solution de sublimé variant comme force de 1 p. 200 à 1 p. 500, suivant le degré d'inflammation et de susceptibilité de la peau ; puis on applique une pommade au turbith minéral (sulfate basique mercurique) au trentième, ou une pommade à l'azotate basique mercureux (turbith nitreux) au dixième ou au vingtième.

Hardy recommande l'onguent citrin mêlé à trois ou quatre parties d'axonge, ou bien une pommade composée de 4 grammes de fleur de soufre, de 1 gramme de camphre pour 30 grammes d'axonge.

Comme autres préparations soufrées on a préconisé la pommade de Wilkinson modifiée par Hébra, et la préparation suivante (Tilbury Fox) dans les cas rebelles :

Créosote	1 gramme.
Huile de cade	10 —
Soufre sublimé	10 —
Bicarbonate de potasse	3gr,50
Axonge	30 —

Hillairet se servait de la poudre de Goa ou d'Araroba ; en voici une bonne formule :

Poudre de Goa	4 grammes.
Acide acétique	2 —
Onguent simple ou axonge benzoïnée	20 —
M. s. a.	

On a également prescrit l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique, l'acide phénique, le naphtol β, les oléates et les emplâtres mercuriels, etc...

Traitement des trichophyties unguéales. — On ramollit les parties malades avec un doigtier de caoutchouc ou avec un enveloppement humide, puis on les racle avec la curette de manière à enlever mécaniquement tout ce que l'on peut. On fait ensuite des badigeons avec de la teinture d'iode, ou l'on emploie des emplâtres à l'acide chrysophanique, à l'ichthyol soufré, au mercure.

« Le bain permanent de vapeur d'iode me paraît le moyen le plus simple. Pour cela, chaque nuit le malade appliquera autour du bout du doigt qui présente l'onychomycose, un pansement d'ouate hydrophile mouillée de la solution suivante :

Iodure de potassium	ÀÀ 1 gramme.
Iode métalloïdique	
Eau distillée	1 litre.

« et recouvrira le tout d'un doigtier de caoutchouc médiocrement serré » (Sabouraud).

On pourrait aussi enlever l'ongle malade après anesthésie cocaïnée on stovaïnée, puis faire des applications de solutions iodées.

3° FAVUS

On donne le nom de *Favus* à l'ensemble des lésions cutanées que produit un champignon parasite de l'homme et des animaux, l'*Achorion*.

Biett isola le favus au point de vue clinique. Schœnlein en 1839 signala dans les lésions faviques l'existence d'un champignon particulier. Gruby en 1841 le précisa et en détermina le rôle pathogène : dès lors il fut connu sous le nom d'*Achorion Schœnleinii*.

Description du champignon parasite. — Le champignon qui cause le favus peut infiltrer le poil ; il peut aussi se développer sous les couches supérieures de l'épi-

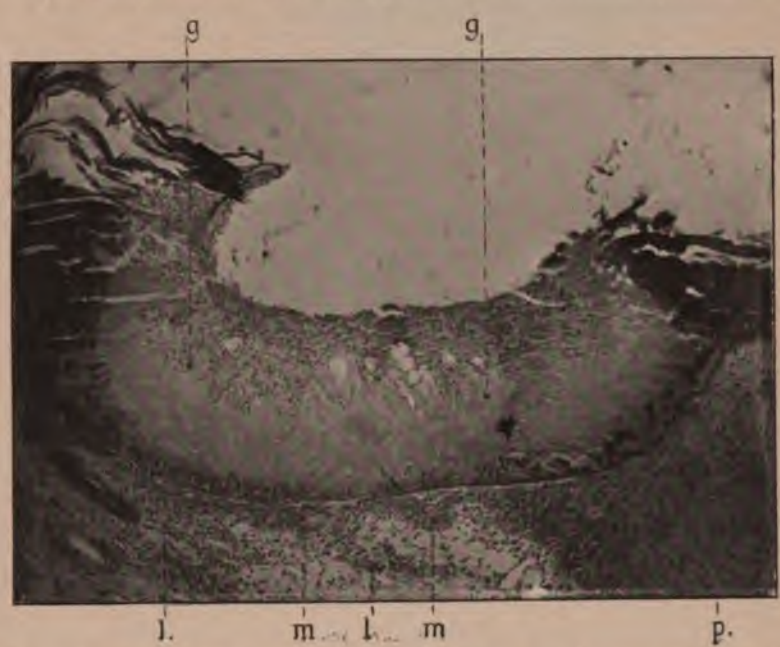


Fig. 75. — Coupe de godet de favus. (Le cheveu n'est pas sur la coupe, il est implanté obliquement et excentriquement.)

g, g, godet bien limité formé par un feutrage de mycélium. — *m*, corps muqueux de Malpighi et prolongements interpapillaires de l'épiderme refoulés par le godet et le séparant du derme. — *p*, coupe latérale de l'infundibulum pilaire. — *l, l*, leucocytes polynucléaires en diapédèse.

derme autour du poil de façon à former un petit point jaune, ce point jaune grandit graduellement : il atteint en quelques semaines les dimensions d'une lentille et constitue alors un disque d'un jaune de soufre, sous-épidermique, ombiliqué et traversé par un poil ; si on l'enlève après avoir brisé l'épiderme, ce que l'on peut faire avec facilité, on constate au-dessous de lui une dépression cupuliforme rouge, un peu humide, due à la compression exercée par le champignon, et qui disparaît peu à peu spontanément. Tel est le *godet favique* à son début.

Puis le champignon gagne du côté du poil ; il se forme autour de ce poil des amas de spores qui envahissent sa gaine ; celle-ci s'irrite, se gonfle, devient comme œdémateuse et succulente.

Parfois même l'irritation va jusqu'à produire un peu de suppuration, et quel-

ques leucocytes apparaissent; ils peuvent devenir assez abondants pour constituer une petite pustule circumpilaire.

Le champignon finit par envahir le poil lui-même. Il faut donc l'étudier : *a*) dans le cheveu favique; *b*) dans le godet favique.

a) *Dans le cheveu favique* le champignon peut exister sous deux formes différentes, mais chez un individu donné il se présente toujours d'ordinaire sous le même aspect. Sabouraud leur a donné les noms de *favus mycélien* et de *favus sporulé*.

Le *favus mycélien* est caractérisé par des tubes mycéliens rectilignes, de 2 à 3 μ de large, composés de segments de 12 à 15 μ de long accolés bout à bout. Ils farcissent en quelque sorte le cheveu. Ils sont difficiles à colorer, ont un double contour, et se subdivisent par dichotomie sous des angles très aigus.

Le *favus sporulé* semble être plus fréquent que le favus mycélien. Il est composé de filaments gros et minces sporulés, à direction un peu flexueuse, qui se divisent par tri ou tétratomie en formant de petits bouquets mycéliens que l'on appelle

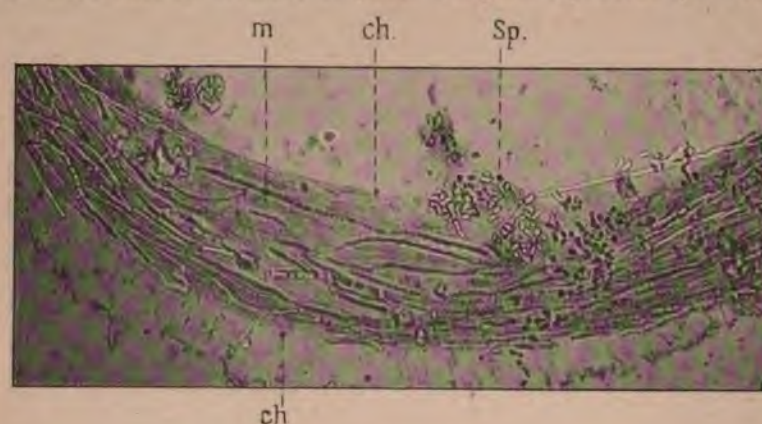


Fig. 76. — Cheveu de favus.

ch, squelette du cheveu. — *m*, mycélium de l'achorion Schœnleinii. — *sp*. spores.

tarses faviques. Leur protoplasma est facile à colorer, mais leur enveloppe cellulosique ne l'est pas, d'où le nom d'achorion (sans enveloppe) que l'on a donné au champignon.

Les spores du favus sont extrêmement variables de forme et de grosseur. Il y en a d'arrondies, d'ovales, d'irrégulières. Elles ont de 3 à 10 μ de diamètre.

L'achorion sporulé est donc aussi polymorphe que possible (Sabouraud, *Pratique Dermat.*).

b) *Le godet favique* est constitué par un agglomérat compact de mycélium d'achorion : les filaments mycéliens se multiplient par dichotomie et s'accolent l'un à l'autre. « A la surface du godet chaque filament ou du moins un grand nombre d'entre eux donne lieu à un bouquet d'articles mycéliens cubiques, courts, et peut-être chacun, comme un pinceau de penicillum, porte-t-il une série de spores en files ovoïdes à facette d'articulation » (Sabouraud, *Pratique Dermat.*, t. I, p. 825-827).

Cultures. — « Les meilleurs milieux de culture de l'achorion du favus sont les milieux glucosés, mais il faut qu'ils contiennent plus de matière albuminoïde (peptone) que les milieux optima des trichophytons.

Voici la formule d'un bon milieu de culture pour le favus :

Glycose pure anhydre	4 grammes.
Peptone granulée Chassaing	2 —
Eau distillée	100 —
Agar-agar.	1gr,20 à 1gr,50

(Sabouraud.)

La culture en série du champignon du favus montre toujours : 1° que des cultures filles et petites filles d'une semence favique croissent progressivement plus vite et mieux que leurs ascendants sur le milieu de culture auquel on les a habituées; il y a donc acclimatation progressive au milieu de culture; 2° que le même achorion peut sur un même milieu donner des colonies qui ne sont pas rigoureusement homogènes et similaires : la même culture réensemencée plusieurs fois peut donner des cultures filles qui n'ont plus la même physionomie objective.

Ce dernier fait, d'une importance capitale, rend fort difficile et fort aléatoire la différenciation des espèces faviques. Tout ce qui a été dit à ce sujet par Quincke, Unna, Bodin, etc... est à reviser. « Sans nier la pluralité possible des espèces faviques, je ne connais qu'une seule et unique espèce de favus. C'est le favus de l'homme. » (Sabouraud.)

Les favus à lésions trichophytoïdes de Bodin. — Dans un certain nombre de lésions de l'homme ou des animaux se présentant sous l'aspect clinique de cercles trichophytiques pustuleux ou seulement vésiculeux, on trouve un champignon mycélien régulièrement sporulé en chaîne ressemblant à un trichophyton ectothrix d'origine animale. Mais sa culture qui est difficile et lente prend dès l'origine la forme humide vermiculaire et contournée des cultures faviques, et l'examen direct de ces cultures ne montre pas d'organe de fructification en grappe. Donc la culture a une forme favique très déterminée. Pour Bodin il s'agit de favus à lésions trichophytoïdes; Sabouraud croit qu'il s'agit d'une classe spéciale de trichophytons à culture faviforme.

« En somme, comme Bodin l'a fait le premier remarquer, la barrière entre les trichophytons et les favus paraît s'abaisser tous les jours. Il est, on peut le dire, impossible de tracer nettement les frontières de ces deux groupes parasitaires. » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 825.)

Étiologie. — L'achorion est éminemment contagieux, quoiqu'il le soit peut-être à un moindre degré que le trichophyton, et qu'il y ait à cet égard à tenir un compte plus grand des prédispositions individuelles.

On peut être contaminé à tout âge, mais le champignon se développe surtout chez les enfants de cinq à quatorze ans, dans les classes pauvres, dans les campagnes, chez les sujets lymphatiques, pâles, débilités, vivant dans la saleté. La propagation se fait de l'homme à l'homme par contact direct, par inoculation, et c'est ainsi que chez le même malade le champignon envahit le tronc et les ongles; elle se fait aussi par voie indirecte, grâce aux vêtements, aux coiffures, aux objets de toilette, par l'air où les poussières faviques sont en suspension. Elle peut se faire des animaux à l'homme; en effet, le favus a été constaté chez la souris, le rat, le chien, le coq et les poules, le cochon d'Inde, le lapin, le cheval, et l'on a observé des faits de transmission de ces animaux à l'homme.

Ce court exposé de l'histoire de l'achorion permet de comprendre et d'abréger la symptomatologie du favus.

L'achorion envahit surtout les régions pileuses du corps : c'est la variété de beaucoup la plus importante, celle qui cause une alopécie définitive et irrémédiable avec cicatrices; nous allons en parler avec quelques détails. Il peut aussi se développer sur les régions dites glabres et aux ongles ; nous dirons quelques mots en terminant ces deux dernières localisations, qui n'ont qu'un intérêt secondaire.

A. — Favus des régions pileuses.

Symptômes. — *Première période ou de début.* — Au début la maladie s'annonce par une légère desquamation, puis par une rougeur érythémateuse, tantôt limitée, tantôt diffuse, et qui s'étend avec plus ou moins de rapidité, enfin par une légère desquamation pityriasique (c'est la phase épidermique de Bazin) : on peut voir survenir dès ce moment une éruption pustuleuse discrète.

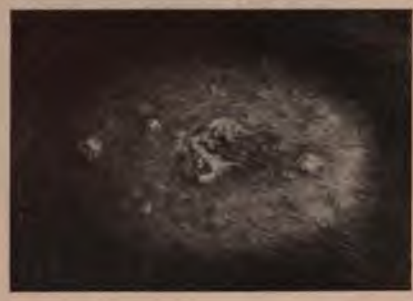


Fig. 77. — Favus du cuir chevelu (godets faviques.)

Enfin le parasite a suffisamment proliféré ; il devient visible à l'œil nu sous la forme que nous lui avons décrite plus haut d'un point jaunâtre traversé par un poil : on peut même dans quelques cas le surprendre un peu plus tôt sous la forme d'un petit soulèvement épidermique circumpilaire, d'une petite tache jaune sous-épidermique latérale au poil, de deux ou trois petites concrétions jaunâtres isolées qui se réunissent au bout de peu de temps. Peu à peu, les cupules ou godets se forment autour des cheveux; ils sont isolés et disséminés (*favus urcéolaire disséminé*), ou bien très serrés les uns à côté des autres, minuscules, miliaires; ou bien plus volumineux et deviennent confluents (*favus urcéolaire cohérent*). Dès ce moment, il est visible que les poils sont altérés; ils perdent leur brillant, deviennent ternes, décolorés, comme rougeâtres, et se détachent avec facilité. La maladie est constituée.

Fig. 78. — Favus du cuir chevelu en nappe.

Deuxième période ou d'état. — Le godet favique est, comme nous l'avons vu plus haut, tapissé au début sur sa face supérieure par une couche d'épiderme corné : il repose par sa face profonde sur un derme plus ou moins rouge et enflammé, déprimé par la pression exercée par le parasite. Le godet qui est centré par un poil se développe constamment par sa périphérie, en même temps que l'achorion pénètre dans le poil : il est donc composé de couches concentriques qui forment des séries de reliefs circulaires rappelant l'aspect des nids d'hirondelles : les couches centrales les plus

anciennes sont d'un blanc jaunâtre un peu terne; les périphériques plus récentes sont d'un jaune plus vif. Le godet peut atteindre ainsi d'assez grandes dimensions, jusqu'à 1 centimètre et plus de diamètre; la prolifération du parasite finit par être telle que l'enveloppe épidermique se rompt soit à côté du poil, soit vers la circonférence de la cupule, et la matière favique se répand à l'air libre. Elle forme dès lors des croûtes irrégulières d'un blanc jaunâtre, quelquefois teintées de brun par le sang, disposées en amas des plus irréguliers : ces amas s'effritent, tombent en masse, et sont remplacés par des productions nouvelles. Ils se réunissent fréquemment entre eux; ils constituent alors de véritables stratifications, des saillies abruptes, des dépressions, et ont par place à certains moments jusqu'à 1 centimètre et plus d'épaisseur. Ils exhalent une odeur particulière de souris, d'urine de chat, et de moisissure. A la périphérie des plaques il est souvent possible de retrouver un godet isolé ou un vestige de la disposition urcéolaire primitive.

Au-dessous des amas de matière favique le derme est rouge foncé, violacé, irrégulier d'aspect, et présente des saillies et des creux qui tiennent aux pressions exercées par le parasite. Dans quelques cas il est ulcéré à la suite de grattages : il offre en un mot tous les caractères d'une inflammation chronique et profonde. Les poils s'altèrent de plus en plus; ils deviennent cendrés ou d'un gris de souris; ils ont parfois des reflets rougeâtres; ils sont ternes, décolorés, comme atrophiés et cèdent à la moindre traction : ils peuvent tomber d'eux-mêmes; mais la papille pileuse n'est pas encore détruite; elle sécrète un poil qui est irrégulier, contourné, frisottant, tout à fait caractéristique du favus. Un grand godet est souvent traversé par plusieurs poils, et, dans ce cas, ou bien il y a deux ou plusieurs poils dans le même follicule et ils sont tous malades, ou bien il n'y a qu'un seul poil central, et celui-là seul est profondément atteint; les autres, englobés par la matière favique, peuvent ne pas être encore envahis par le parasite.

Troisième période d'atrophie et de guérison. — Peu à peu l'achorion, grâce à l'inflammation chronique qu'il détermine autour de lui, produit l'atrophie cicatricielle du derme et des bulbes pileux : il en résulte une alopécie définitive. Le champignon ne trouvant plus les éléments nécessaires à son développement disparaît; tel est le mécanisme bien simple de la guérison spontanée. Mais si on laisse l'affection évoluer ainsi toute seule, il ne persiste ensuite que des surfaces glabres, lisses ou légèrement gaufrées, luisantes, amincies, tendues sur les parties profondes, d'un blanc presque mat, cicatricielles, parsemées de quelques rares cheveux disséminés çà et là, gros, noueux, frisottants, irréguliers.

Les complications sont peu fréquentes dans cette affection : parfois cependant on voit survenir au début de l'impétigo, puis plus tard des abcès dermiques ou sous-dermiques, des lymphangites, des adénites cervicales.

Les anciens auteurs avaient décrit de nombreuses variétés de favus d'après la forme et le groupement des lésions. Depuis la découverte du parasite, on a reconnu que ce n'étaient que des aspects divers sans la moindre importance. Nous nous contenterons de signaler : 1° le *favus urcéolaire* qui est la forme commune, celle que nous venons de décrire; 2° le *favus scutiforme* ou en écu, en groupes, en cercles, en anneaux, nummulaire, dans lequel les points d'attaque sont très voisins les uns des autres, confluents dès leur apparition, de telle sorte que le godet semble ne pas exister; il se produit d'emblée une croûte jaunâtre, unique, étalée, circulaire, traversée par des poils, et qui devient bientôt inégale, bosselée, légèrement saillante : d'ordinaire plusieurs de ces plaques primitives existent chez le

même individu; elles deviennent rapidement confluentes et forment ainsi de vastes surfaces jaunâtres et irrégulières qui recouvrent le cuir chevelu : il reste presque toujours une bande étroite de cheveux indemnes sur le front et sur l'occiput; 3° la *forme squarrheuse* dans laquelle la matière favique semble se développer sur la tige des poils auxquels elle constitue dans une certaine étendue des gaines qui se réunissent et adhèrent assez fortement les unes aux autres (Bazin) : il se produit ainsi des saillies irrégulières quelquefois considérables qui s'élèvent sur le cuir chevelu et sont séparées par des anfractuosités plus ou moins profondes : la deuxième et la troisième formes n'ont, comme on le voit, aucune importance; nous ne les avons signalées que pour bien fixer dans l'esprit du praticien l'aspect d'un favus vierge de tout traitement.

4° Par contre il nous faut insister un peu plus longuement sur ce que certains auteurs et en particulier E. Besnier et Dubreuilh ont décrit sous le nom de

Formes atypiques :

a) *Favus pityriasique* (Dubreuilh) (*Favus miliaire* d'E. Besnier). — « Il s'agit ici de lésions squameuses du cuir chevelu groupées par plaques arrondies ou irrégulières, mais à contours parfaitement délimités et dont les dimensions sont extrêmement variables : tantôt ce sont des placards peu étendus et nettement séparés, tantôt ils sont devenus confluents et recouvrent de vastes surfaces pouvant occuper la majeure partie du cuir chevelu. » (Bodin.) Le cuir chevelu peut même être envahi dans sa totalité. Il est recouvert de lamelles d'un blanc jaunâtre qui agglutinent les cheveux, ou d'une sorte de poussière grise, furfuracée, qui desquame sans cesse; le derme est gris rougeâtre, sec et luisant. L'affection ressemble tout à fait à certaines variétés de psoriasis, mais surtout aux dermatoses décrites sous les noms de parakératoses psoriasiformes, de pityriasis stéatoïde, de teigne amiantacée. Elle en diffère par son exacte limitation au cuir chevelu : parfois (mais rarement) il y a déjà quelques plaques d'alopécie; les cheveux sont secs, ternes, décolorés, un peu gris rougeâtre, moins adhérents; leur racine est entourée d'une gaine fort épaisse dans laquelle on trouve l'achorion. En soulevant les squames, on voit parfois de petits godets miliaires, ou pour mieux dire une sorte de gaine dorée autour d'un poil. Enfin la tête exhale l'odeur spéciale que nous avons indiquée plus haut.

b) *Favus impétiginiforme.* — Il simule à s'y méprendre l'impétigo du cuir chevelu : il se présente sous l'aspect de croûtes molles et jaunes qui enchâssent la base des cheveux. Leur évolution est fort lente, et, quand elles se détachent au centre, elles laissent une cicatrice alopécique.

c) *Favus à forme alopécique.* — Cette variété simule la pseudo-pelade ou mieux l'acné décalvante (voir ces mots). Elle est constituée par des plaques très variables d'aspect et de nombre, de 2 à 3 centimètres de diamètre en moyenne, arrondies ou plus souvent irrégulières, isolées ou confluentes, et pouvant arriver dans ce cas à former de vastes placards alopéciques. Au centre, le cuir chevelu est lisse, parfaitement glabre, cicatriciel; on n'y trouve même pas les poils frisottants et contournés des cicatrices habituelles de favus. A la périphérie existent de petits points rougeâtres portant au centre une croûtelle grisâtre et un poil terne et décoloré qui vient sans difficulté à la moindre traction avec une gaine folliculaire grasse et succulente. L'évolution de cette variété est des plus lentes.

Ces formes atypiques semblent être produites par le même achorion que les formes communes.

Signalons enfin, en terminant la nomenclature de ces variétés rares, *les favus à lésions trichophytoïdes de Bodin* dont nous avons parlé plus haut.

Le favus peut s'observer sur toutes les régions pilaires du corps : on l'a constaté à la barbe : il y revêt d'ordinaire le même aspect qu'au cuir chevelu. Cependant E. Besnier et A. Doyon ont signalé un *sycosis favique* « caractérisé par des périadénites pilaires isolées (sycosis tuberculeux) ou groupées (sycosis en plaques) ».

B. Favus des régions glabres. — Il n'est pas très rare d'observer des godets faviques sur les régions glabres du corps de certains sujets, mais surtout chez ceux qui sont déjà atteints de favus du cuir chevelu. On les rencontre en particulier au visage, au nez, aux sourcils, aux joues, aux conduits auriculaires, sur le dos, sur les épaules, à la face externe des membres, plus rarement au scrotum, sur le gland. On n'en connaît pas d'observation probante aux muqueuses, bien que Kaposi et Kundrat aient publié un cas où ils auraient constaté de l'achorion sur les muqueuses de l'estomac et de l'intestin.

« A son début sur la peau glabre le favus peut se traduire comme au cuir chevelu par des lésions du type érythémateux ; on voit se produire des cercles rouges présentant une légère desquamation furfuracée, et qui s'étendent progressivement et lentement par leur périphérie (favus herpeticus). » (Forme érythémateuse et érythémato-squameuse). « La ressemblance est alors très grande avec l'herpès circiné trichophytique dont les cercles sont toutefois généralement bien nets tandis que ceux du favus présentent d'ordinaire un caractère fruste. Sur les parties érythémato-squameuses il ne tarde pas à se produire de petits points jaunâtres, irrégulièrement disséminés qui ne sont autre chose que des godets très petits dont les caractères ne tardent pas à s'accuser et sont exactement les mêmes que ceux que nous avons déjà étudiés. Une fois développés, les godets s'accroissent rapidement, et, s'ils sont nombreux et rapprochés les uns des autres, ils peuvent se fusionner pour former des masses » analogues à celles du favus squarreux (Bodin).

Le favus des parties glabres débute aussi parfois d'emblée par un seul point d'inoculation qui se développe lentement et donne lieu à un godet favique typique, régulier, d'un beau jaune soufre.

Ces lésions peuvent causer des démangeaisons et exhaler l'odeur caractéristique du favus. Elles peuvent fructifier assez vite ou avoir une marche des plus lentes. Après leur énucléation, il reste des dépressions qui s'atténuent vite : après leur évolution totale, elles laissent dans quelques cas des décolorations blanches d'aspect cicatriciel ou des pigmentations d'un jaune brunâtre qui tendent peu à peu à s'effacer.

C. Favus des ongles (*Onychomycose favique*). — Cette localisation est fort rare : elle se rencontre surtout chez les faviques qui se grattent et s'inoculent le parasite dans la rainure unguéale. Elle peut être primitive : mais alors elle est presque toujours méconnue. On l'a signalée aux orteils (2 cas publiés).

Le favus unguéal débute par le bout même de l'ongle, entre la couche cornée et le derme sous-unguéal. L'ongle est soulevé par ses bords ; on y voit une teinte grisâtre d'abord minuscule, puis qui gagne progressivement. Du gris la coloration passe au jaunâtre. Puis l'ongle s'épaissit, se flétrit, se raie de stries longitudinales lui donnant l'aspect de la moelle de jonc, éclate, s'exfolie, devient énorme en quelques points, s'amincit en d'autres qui correspondent aux amas jaunâtres de

matière favique et au niveau desquels il finit parfois par se perforer. Kaposi a distingué deux formes d'onychomycose favique, l'une circonscrite, caractérisée par de petites opacités jaunâtres rappelant les godets typiques, l'autre diffuse, sans amas jaunâtres nets, présentant les altérations unguéales que nous venons d'énumérer.

Ces lésions ont presque toujours une évolution d'une extrême lenteur : elles peuvent guérir spontanément : elles ne sont pas douloureuses.

Pour les diagnostiquer d'une manière précise, il faut recourir à l'examen microscopique des débris.

Anatomie pathologique. — Nous serons très brefs sur ce point après les détails que nous avons donnés sur l'achorion.

Voici, d'après Bodin, le résumé de la structure d'un godet favique, en allant de la surface à la profondeur :

« 1° Une mince couche cornée formée de cellules kératinisées plus ou moins altérées ;

« 2° La substance parasitaire du godet comprenant en surface de nombreux éléments sporulaires et dans la profondeur des filaments serrés les uns contre les autres ;

« 3° Le stratum lucidum et le corps muqueux refoulés par la masse végétante du champignon (voir plus haut la photographie d'un coupe d'un godet favique). »

Le champignon pénètre directement dans le poil en traversant l'épidermicule. D'après Kaposi il descendrait parfois dans le follicule en dehors du poil jusqu'à la limite inférieure de la cuticule de ce poil, en dessous de laquelle il passerait pour germer ensuite dans le tissu pilaire.

L'achorion ayant envahi le poil s'étend dans ce poil en proliférant sur une longueur souvent considérable, parfois 1, 2 centimètres, et même plus. La racine du cheveu est également remplie d'achorion.

« Peu à peu le champignon peut gagner le derme qui s'enflamme, les vaisseaux se dilatent et s'entourent de leucocytes : il se produit une infiltration de cellules jeunes et l'on note la karyokinèse dans les cellules fixes du tissu conjonctif; on assiste en somme à l'éclosion d'une dermite » (Bodin).

« L'évolution de ce tissu dermique enflammé aboutira d'ailleurs à la sclérose pour peu que l'inflammation persiste un certain temps, et c'est ainsi que s'expliquent les cicatrices que l'on observe après la guérison des placards de favus » (Bodin).

Diagnostic. — Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous dispensent d'exposer minutieusement le diagnostic différentiel du favus.

Nous rappellerons seulement qu'on doit toujours se défier de cette affection quand on se trouve en présence d'une maladie du cuir chevelu longue, tenace, rebelle aux médications, simulant le psoriasis, l'impétigo, l'eczéma, la séborrhée, les folliculites décalvantes, le lupus érythémateux. Il faut dans ces cas rechercher le parasite. « Prendre quelques poils choisis avec discernement sur les parties malades, les chauffer légèrement sur une lame de verre dans une goutte de solution de potasse à 40 p. 100, puis les recouvrir d'une lamelle et porter sous l'objectif du microscope pour constater si oui ou non il existe un parasite » (Bodin).

L'alopécie causée par le favus est elle-même toute spéciale, et peut être reconnue rétrospectivement. Elle diffère par son siège, par son aspect cicatriciel, par les quelques poils frisottants qui persistent, de celles que causent la séborrhée, la

pelade, la trichophytie : elle ressemblerait surtout aux alopécies du lupus érythémateux, de la pseudo-pelade et de l'acné décalvante (voir ces mots).

Traitement. — Le pronostic de cette affection est assez grave, puisqu'elle aboutit fatalement, quand elle n'est pas rigoureusement traitée, à une alopécie cicatricielle définitive. Aussi ne saurait-on être trop sévère au point de vue des mesures prophylactiques rigoureuses que l'on doit prendre contre elle.

Le traitement curatif est d'une longueur désespérante : la période d'observation pendant laquelle il faut surveiller de très près le favique après sa guérison apparente doit être très prolongée pour éviter d'avoir à déplorer des récidives qui se produisent presque constamment.

Traitement général. — Alors qu'on ne connaissait pas l'étiologie et la pathogénie réelles du favus, et qu'on attribuait cette affection à un vice du sang, on faisait jouer un rôle prépondérant au traitement interne. Actuellement c'est le traitement externe qui est tout (voir, pour plus de détails sur ce point, l'article *Trichophytie.*)

Si cependant le malade est scrofuleux, débilité, puisque l'achorion se développe sur ce mauvais terrain avec une plus grande activité, on doit essayer de modifier l'état général par des amers, de l'huile de foie de morue, des bains sulfureux, du fer et en particulier du sirop d'iodure de fer, des préparations de quinquina et de gentiane, etc...

Traitement local. — Traitement du favus du cuir chevelu. — Le traitement local du favus est presque identique à celui de la trichophytie du cuir chevelu ; aussi renvoyons-nous, pour de plus amples détails, à l'article *Trichophytie* où nous aimons mieux l'exposer complètement à cause de la plus grande fréquence de cette affection. Il faut d'abord nettoyer la tête du malade : pour cela, on coupe les cheveux ras avec des ciseaux ; puis on ramollit les croûtes qui encombrent le cuir chevelu en se servant de glycérine, d'huile d'amande douce, d'huile d'olive, d'huile de ricin, d'huile de foie de morue, pures ou aditionnées d'un parasiticide, tel que l'acide phénique, l'acide salicylique, le baume du Pérou, avec parties égales de savon noir et d'axonge, etc., etc... Si les croûtes sont trop épaisses et trop nombreuses, après avoir appliqué le corps gras, on met la calotte de caoutchouc pendant quelques heures, par exemple pendant toute la nuit. Le lendemain matin, on savonne avec de la décoction de bois de Panama et du savon noir ou du savon de goudron, et tous les débris qui encombrent la tête disparaissent avec la plus grande facilité. On peut compléter ce nettoyage en faisant pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures des enveloppements du cuir chevelu avec des compresses aseptiques de lint boriqué, imprégnées d'une solution de salicylate de soude à 25 p. 1 000, additionnée de 10 grammes de bicarbonate de soude, ou de toute autre substance antiseptique : on recouvre avec un bonnet imperméable (E. Besnier, A. Doyon).

Quand la tête est complètement nettoyée, on peut, comme dans la trichophytie, avoir recours à la *Radiothérapie*, mais cette méthode thérapeutique ne présente pas dans le favus la même supériorité sur tous les autres procédés que dans la trichophytie. En effet le cheveu n'est pas friable dans le favus ; on peut l'arracher en totalité avec la pince, et l'on sait que les rayons X sont dépourvus de toute action parasiticide.

Cependant la radiothérapie rend de signalés services dans le favus en permettant d'épiler la totalité du cuir chevelu sans douleur. Certains auteurs prétendent qu'après une seule épilation complète avec les rayons X les cheveux peuvent

repousser définitivement sains. Si dans le cours des dix semaines qui suivent la repousse il n'y a aucune nouvelle reprise du mal, les sujets peuvent être considérés comme guéris.

Mais il y a de fréquentes récidives qui seraient dues d'après les auteurs soit à une épilation incomplète, soit à une nouvelle infection de voisinage.

Il faut donc assurer la protection de la surface traitée soit par des badigeons avec de la teinture d'iode diluée, soit avec des préparations phéniquées (lanoline ou glycérine phéniquée au 1/100), avec lesquelles on masse doucement le cuir chevelu : mais, pour instituer cette médication, il faut que tout phénomène réactionnel ait disparu.

S'il y a des récidives et si l'on veut continuer à traiter par la radiothérapie, on agira avec prudence pour ne pas aboutir à une alopécie définitive.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut donc encore recommander la radiothérapie comme étant la seule méthode à employer contre le favus. On peut aussi recourir au vieux procédé de l'épilation méthodique avec la pince (voir article *Trichophytie*). Quand il y a plusieurs points d'attaque disséminés çà et là et diffus, quand surtout il s'agit d'un favus généralisé, on épile toute l'étendue du cuir chevelu, au moins une première fois. Dans les épilations successives, on circonscrit le champ d'épilation suivant la configuration réelle des parties atteintes. S'il n'y a qu'un ou deux points pris, bien limités, on peut, après avoir coupé ras tous les cheveux et procédé à un examen minutieux de tout le cuir chevelu, n'épiler que les régions malades; mais, dans tous les cas, il est indispensable d'épiler dans un rayon de 1 ou 2 centimètres tout autour d'elles, jusqu'à ce que l'on ne trouve plus de cheveux peu adhérents, cassants et engainés, afin de créer une zone de protection et d'isolement qui empêche toute extension du champignon. On comprend que l'on soit obligé de faire plusieurs séances pour arriver à épiler toute une tête : en effet, au bout d'une heure d'épilation, le malade est fatigué, et les douleurs deviennent très vives. On les diminue quelque peu par des onctions d'huile de cade, de glycérolé cadique, ou de pommades à la cocaïne, ou par des enveloppements analogues à ceux que nous avons indiqués plus haut pour nettoyer le cuir chevelu.

On doit s'évertuer à enlever tous les poils malades ; Bazin recommandait de faire ensuite des applications parasiticides, telles que des lotions avec une solution de sublimé au 1/300 ; ou au 1/500 : beaucoup d'auteurs américains regardent cette substance comme nuisible; car, d'après eux, elle coagule l'albumine à l'orifice des follicules, et y forme une couche d'albuminate de mercure au-dessous de laquelle les parasites végètent en sûreté.

On se sert aussi fort souvent d'une pommade au turbith au trentième, ou de la pommade de Hardy :

Camphre.	1	gramme.
Soufre précipité.	2 ou 3	—
Axonge.	30	—

M. s. a.

ou d'une pommade renfermant de 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate ou d'acétate de cuivre pour 30 grammes d'excipient, ou bien enfin d'applications d'emplâtre rouge ou d'emplâtre de Vigo.

Si les frictions parasiticides produisent un peu trop d'inflammation, on les remplace momentanément par des cataplasmes de fécule, par des lotions émollientes, ou par des pommades calmantes (cold-cream, vaseline boriquée au 1/20, etc.).

E. Besnier et A. Doyon recommandent, après avoir fait l'épilation méthodique, de « frictionner tous les soirs la tête entière, avec une pommade contenant, au gré du médecin, des substances théoriquement antifaviques, employées aux doses tolérées, par exemple :

Baume du Pérou ou huile de cade ou de bouleau blanc	de 2 à 5	grammes.
Acide salicylique, résorcine	ââ 1 à 5	—
Soufre précipité	5 à 15	—
Lanoline, vaseline, axonge	ââ 30	—

« Tous les matins, la tête entière est lavée à l'eau chaude, avec un savon de goudron, de naphtol, d'ichthyol, etc..., et, quand elle a été bien essuyée, on fait, sur toutes les surfaces faviques, circonscrites par les zones épilées, une friction à l'aide d'une boulette de coton imprégnée d'un liniment antiparasitaire, tel que :

Alcool à 90°	100	grammes.
Acide acétique cristallisant	0gr,25 à 1	—
Acide borique	2	—
Chloroforme	5	—

« Enfin, le pansement du matin, pansement quotidien, est complété en appliquant sur toutes les surfaces faviques un morceau d'emplâtre de Vigo fin, de la dimension exacte des surfaces faviques cerclées par les zones d'épilation. » (E. Besnier, A. Doyon.)

D'après les auteurs américains, il faut d'abord nettoyer et sécher la tête après l'épilation, puis appliquer les agents qui sont pour eux les parasiticides par excellence, les oléates de mercure et de cuivre.

On les applique en frictionnant avec le bout des doigts tous les jours ou tous les deux jours pendant trois ou quatre semaines. Il est rare qu'on soit obligé de recommencer une nouvelle série de frictions.

Au bout de quatre à six semaines, les cheveux ont repoussé : on pratique une deuxième épilation, et ainsi de suite. Seulement, à mesure que le traitement se prolonge, on voit la maladie diminuer peu à peu d'étendue, se restreindre à certains points fort reconnaissables par la rougeur vive du cuir chevelu, par sa desquamation et par les caractères des cheveux ; on limite donc également de plus en plus les épilations et l'on ne fait que des épilations partielles de plus en plus restreintes en se conformant toujours aux règles que nous avons posées. Les intervalles que l'on doit mettre entre chaque épilation ne sont réglés que par la rapidité de croissance des poils. La guérison est annoncée par la disparition de la rougeur du cuir chevelu et de la desquamation : les poils n'ont plus leur énorme gaine succulente et ne présentent plus de parasite à l'examen microscopique. Il faut ensuite, comme nous l'avons dit plus haut, tenir le malade en surveillance pendant trois ou quatre mois avant de lui délivrer un certificat de guérison. La durée moyenne du traitement d'un favique varie de dix mois à deux ou trois ans.

Les autres parasiticides dont on s'est servi contre le favus sont innombrables : mentionnons les huiles alcooliques, éthérées, balsamiques, l'huile de cade, la teinture de fragon, la créosote, la benzine, la térébenthine, le pétrole, le naphtol en pommade, en huile et en savon, le baume du Pérou, le chloroforme, l'éther, les acides phénique, acétique, salicylique, l'huile de croton, le savon noir, l'acétate de plomb, le calomel, l'iodure de soufre, l'acide pyrogallique, l'acide chrysophanique,

la chrysarobine, l'anthrarobine, l'ichthyol, la résorcine en pommade au vingtième, le bichromate de potasse en pommade à 1 ou 2 p. 60, etc.

On a fait beaucoup de tentatives pour guérir le favus sans épilation, par de simples savonnages et des applications de parasiticides, en particulier de préparations iodées, d'oléates, de vapeurs d'acide sulfureux (Schuster), etc. ; mais les succès sont plus que problématiques ; aussi n'insisterons-nous pas sur ce point.

Traitement du favus des parties glabres. — Son traitement est des plus simples : il suffit d'énucléer avec soin les godets ; ou bien, s'ils sont nombreux, on les ramollit par des applications savonneuses (axonge et savon noir, savon noir et soufre, huile de cade et savon noir à parties égales), ou par un bain savonneux : puis on savonne énergiquement la région malade : on enlève ainsi toute la matière favique : on épile soigneusement tous les follets : on fait ensuite quelques applications parasiticides parmi lesquelles nous donnons la préférence à la teinture d'iode. Certains auteurs recommandent de traiter le favus du corps par le sublimé à l'état naissant : pour cela il suffit de saupoudrer les parties atteintes de calomel, puis d'un peu de sel.

Traitement de l'onychomycose favique. — Le meilleur procédé pour triompher du favus unguéal consiste à enlever l'ongle et à faire ensuite des enveloppements avec des solutions faibles de sublimé, ou avec une solution iodée faible telle que la suivante :

Iode métalloïdique.	de 0gr,50 à 1 gramme.
Iodure de potassium	2 —
Eau distillée.	1 litre.

Si l'on ne veut pas de ce procédé radical, on enlève mécaniquement les dépôts jaunâtres partiels, ou, si l'altération est diffuse, on applique des emplâtres hydrargyriques. On a aussi recommandé d'user peu à peu à la lime les parties de l'ongle qui recouvrent les points malades, puis d'enlever tous les tissus atteints à la curette, enfin d'appliquer des parasiticides, tels que la teinture d'iode ou le sublimé.

4° LES PIEDRAS

On a décrit sous le nom de *piédra* une affection parasitaire des poils d'origine cryptogamique : il est possible qu'il y en ait des variétés diverses ; en tous cas il semble bien qu'elles aient été déjà mentionnées sous divers noms.

C'est ainsi qu'en 1869 Beigel a fait connaître une maladie parasitaire des cheveux artificiels caractérisée objectivement par des nodosités d'un brun sale qui se trouvent sur les poils : elle serait constituée par des amas de parasites que l'on a appelés *champignon des chignons* (chignon-fungus) : cette affection a reçu la dénomination de *Maladie de Beigel*.

En 1876, Osario de Bogota signala pour la première fois l'existence d'une maladie exotique des cheveux, à laquelle il donna le nom de *piedra*. Depuis lors les travaux se sont multipliés sur cette question, et parmi eux il convient de citer ceux de Behrend, de Juhel-Rénoy, d'Unna, de Vuillemin, de Schächter, de Lombardon, etc... (voir pour plus de détails l'article de Bodin de la *Pratique Dermat.*, t. IV, p. 30 et suiv.).

Il est plus que probable qu'il y a des variétés fort nombreuses de piedras, comme

il y a des variétés fort nombreuses de trichophyties, tenant à des variétés de parasites fort voisines les unes des autres.

D'une manière générale on peut dire que l'aspect objectif des cheveux atteints de piédra varie peu. Ils présentent des nouures échelonnées sans ordre aucun sur leur continuité. Ils donnent au toucher une sensation lanugineuse ; ils ont de la tendance à friser et à s'intriquer (*Plique colombienne*). Les nouures forment des anneaux complets ou incomplets autour du poil : elles sont fusiformes ou en saillie irrégulières. D'ailleurs elles n'altèrent nullement la consistance du cheveu et n'atteignent pas sa racine.

Dans les piedras de Colombie elles sont moins volumineuses que des lentes; elles ont une couleur blanchâtre, une consistance pierreuse : elles ne commencent guère qu'à 1 centimètre du point d'émergence du poil : elles peuvent être fort nombreuses, puisque Juhel Renoy en a compté 23 sur un cheveu de 60 centimètres de long.

Dans les piedras nostras les lésions siègent surtout à la barbe et aux moustaches, et elles forment des nodosités d'un brun jaunâtre, fort irrégulières.

Étude microscopique des nodosités. — Quand on examine au microscope un poil atteint de piedra, on voit que ce poil n'est nullement altéré dans sa structure. La nodosité est constituée par des amas serrés de cellules du parasite « qui apparaissent comme des spores à double contour, avec noyau nucléolé, tassées les unes contre les autres, arrondies ou polyédriques par pression réciproque de manière à former une sorte de mosaïque... Entre les cellules existe une substance agglutinante qui les réunit entre elles, et provient, d'après Vuillemin et Schächter d'une gélification de la membrane externe des cellules... Les éléments de l'épidermicule du poil atteint sont soulevés par les cellules du champignon, et ils s'enfoncent ainsi comme de véritables crochets dans la masse parasitaire et la fixent solidement au cheveu.

« Dans la piedra de Colombie les éléments parasitaires atteignent 10 μ environ... Dans la piedra nostras ils ont des dimensions très variables suivant les auteurs (8 μ pour Unna, de 2μ,5 à 4μ,5 pour Beigel, Vuillemin et Schächter). » (Bodin *loc. cit.*)

On discute encore pour savoir quelle est la nature réelle de ce champignon et dans quel groupe on doit le classer : pour Vuillemin il faudrait en faire le genre Trichosporum d'un groupe provisoire auquel il donne le nom d'arthromycètes. Il y aurait : 1° un *trichosporum giganteum* qui serait le parasite de la piedra de Colombie (cultivable dans du sérum de lait, dans du bouillon, de la gélose glycérinée, de la gélatine, etc...); 2° un *trichosporum beigeli* ; 3° un *trichosporum ovoïdes;* 2° un *trichosporum ovale* qui seraient les parasites des piedras nostras. Toutes ces recherches et les différenciations par les cultures de ces champignons sont à reprendre (voir le travail de Cosimo Lombardo, *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1904, p. 308).

La piedra s'observe surtout chez la femme jeune en Colombie : on peut aussi, surtout dans nos pays, l'observer chez l'homme à la barbe. On croit qu'elle se développe chez les personnes qui trempent leurs cheveux dans des eaux de rivière et qui les enduisent de mucilages huileux.

Cette affection diffère du *lepothrix* par ses localisations et son parasite.

Il est inutile d'insister sur son diagnostic différentiel d'avec les lentes, la trichorrhexis nodosa, et le nodose hair.

Traitement. — Juhel Rénoy et Lion pensent que des lotions à l'eau très chaude pure, ou mieux additionnée de 1/1 000 ou d'un 1/2 000 de sublimé, au besoin des savonnages, et l'emploi du peigne fin suffisent pour désagréger les nodosités et les faire disparaître. Un traitement radical consisterait à raser les régions atteintes et à les savonner.

C. — AFFECTIONS CUTANÉES CAUSÉES PAR DES PARASITES VÉGÉTAUX QUI AFFECTENT LE DERME ET L'ÉPIDERME

ACTINOMYCOSE

On donne le nom d'*actinomycose* à une affection causée par le développement dans les tissus d'un champignon inférieur l'*Oospora bovis :* ce champignon est relativement assez fréquent chez certains animaux, en particulier chez les Bovidés. Il peut infecter l'homme et causer des lésions dans ses divers organes : nous allons schématiser celles qu'il produit du côté des téguments. Nous renvoyons pour de plus amples détails au magnifique ouvrage de Poncet et Bérard (*Traité clinique de l'actinomycose humaine*).

Description du parasite. — Le parasite de l'actinomycose est encore imparfaitement connu dans son histoire naturelle. Il fait partie du groupe Oospora. « Sur une culture parvenue à la période de fructification, on voit qu'il est formé par un feutrage de filaments mycéliens dirigés en tous sens, ramifiés, et dont la largeur atteint tout au plus 0 μ, 4 à 0 μ, 5. A l'intérieur de ces filaments existent une série d'espaces incolores paraissant former des cloisons et qui séparent le contenu du filament en fragments plus ou moins longs donnant au microscope l'apparence de bacilles ou de cocci. On doit se garder de confondre ces segments avec des spores; il n'y a là qu'une simple fragmentation du protoplasma qui n'est point un fait exceptionnel chez les mucédinées.

« Les véritables spores se forment d'une autre manière : à l'extrémité de ces filaments segmentés ou sur leurs parties latérales naissent d'autres rameaux, ceux-ci à contenu homogène, et dont la largeur est un peu plus grande que celle des filaments ordinaires. Ce sont les hyphes sporifères sur lesquelles les spores prennent naissance en formant à l'extrémité du filament une file ou un chapelet de sporules arrondies ou ovoïdes de 0 μ, 6 de diamètre environ, très caduques lorsqu'elles sont parvenues à maturité, et dont la germination reproduit la plante telle que nous venons de la décrire » (E. Bodin, article Actinomycose, *Pratique Dermat.*).

L'oospora bovis peut être cultivé sur tous les milieux usités dans les laboratoires, surtout lorsqu'ils sont glycérinés et s'ils sont neutres ou faiblement acides : les cultures sur pomme de terre sont celles qui réussissent le mieux. Il est également cultivable sur diverses céréales, telles que le blé, l'avoine, l'orge, maintenues à un certain degré de température et d'humidité (E. Bodin).

Pour les inoculations aux animaux, c'est le lapin qui doit être préféré.

Dans sa vie parasitaire chez l'homme, l'oospora bovis se montre sous l'aspect de petites granulations jaunâtres (que l'on appelle *grains jaunes*), « visibles à l'œil nu, dont les dimensions oscillent entre 1 et 3 millimètres, qui se trouvent en

plus ou moins grande abondance dans les lésions et dans les liquides actinomycosiques ».

« Convenablement préparés, ils apparaissent au microscope comme de petites masses formées de deux zones : l'une centrale ou mycélienne, l'autre périphérique ou zone des massues.

« Toute la partie centrale est formée d'un feutrage serré de filaments mycéliens de 1 μ de diamètre environ et dirigés en tous sens. Lorsqu'on traite ces filaments par les réactifs colorants (méthode de Gram par exemple), on voit qu'ils sont divisés en petits fragments de dimensions variables; les uns ressemblent à des bacilles; d'autres sont si courts qu'il est malaisé de les distinguer des cocci; on dirait alors que le filament n'est plus qu'une chaînette analogue à celle des streptocoques.

« Tels sont les éléments essentiels du parasite, ceux qui ne manquent jamais, et qui sont quelquefois les seuls à exister dans les lésions humaines. Autour de cette partie centrale mycélienne du grain jaune, se trouve d'une manière presque constante, du moins chez l'animal, une autre zone, celle des massues... Elle est constituée par une couronne de renflements massués dont la grosse extrémité est excentrique, tandis que la petite extrémité se continue avec les filaments du feutrage central. Chaque élément est un simple renflement ovoïde développé à l'extrémité du filament qui lui sert de pédicule... De dimensions variables ces massues ont habituellement de 2 à 3 μ de diamètre à leur grosse extrémité sur 6 à 8 μ de longueur, mais on en rencontre souvent de géantes atteignant 5 à 7 μ de diamètre et longues de 15 à 18 μ... Ce ne sont point des organes reproducteurs, ce sont de simples formes de résistance nées dans la lutte du champignon contre les cellules de l'organisme. » (Bodin, *loc. cit.*)

Fig. 79. — Coupe d'une tumeur actinomycosique du bœuf pour montrer les corpuscules caractéristiques rayonnés en *a*.

Étiologie. — Presque toujours l'homme s'infecte par le contact direct d'une céréale (épi d'orge surtout) ou de matières inertes sur lesquelles existait l'oospora bovis. Il est beaucoup plus rare qu'il soit contaminé par des animaux (bœuf ou porc) malades : il est tout à fait exceptionnel (un seul cas probant connu) qu'il le soit par un autre homme atteint d'actinomycose.

L'oospora bovis pénètre pour ainsi dire toujours dans l'économie par une effraction de l'épiderme cutané ou de l'épithélium des muqueuses buccales, digestives ou pulmonaires. La peau peut donc être atteinte primitivement (actinomycose cutanée primitive) : elle peut l'être secondairement par extension graduelle de lésions primitivement viscérales. Fort souvent l'affection a pour point de départ une carie dentaire, puis elle infiltre le maxillaire, et finit par atteindre les téguments.

Ce sont presque toujours des adultes vivant à la campagne, maniant des céréales et s'occupant des bestiaux qui sont atteints. Il semble que cette maladie soit très fréquente dans la région lyonnaise.

Symptômes. — I. *Actinomycose primitive de la peau*. — Elle est relativement rare.

Elle débute d'ordinaire par un ou plusieurs nodules légèrement saillants, arrondis ou ovalaires, variant comme dimensions de quelques millimètres à 2 ou 3 centimètres de grand diamètre, donnant au toucher la même sensation que les nodosités rhumatismales, paraissant enchâssées dans le derme. Elles peuvent être isolées et bien délimitées, du moins au début : presque toujours elles finissent par s'agglomérer pour former une plaque bosselée, profondément infiltrée, d'une dureté assez spéciale.

Fig. 80. — Actinomycose de la région maxillaire.

Peu à peu la peau rougit, prend une coloration violacée, livide ; elle s'amincit de plus en plus en un ou plusieurs points de la masse, comme elle le fait au niveau d'un abcès froid ; elle forme alors des taches bleuâtres ardoisées, avec épiderme demi-transparent qui laisse deviner au-dessous de lui l'existence d'une matière à demi-liquide jaunâtre. Au toucher on sent que ces masses sont ramollies et fluctuantes.

Raingeard a décrit à côté de ces éléments nodulaires une autre forme de lésions cutanées à laquelle il a donné le nom de *lésions maculeuses*. « Ce sont des placards de 1 à 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre à 1 centimètre et demi de largeur, à bords bien nets qui tranchent sur la peau par leur coloration d'un rouge foncé, mais qui ne font pas de saillie appréciable. »

Les lésions nodulaires livrées à elles-mêmes finissent par s'ulcérer. On voit alors sortir du foyer un liquide sanguinolent ou purulent plus ou moins bien lié, parfois fétide, renfermant les granulations caractéristiques qui se présentent sous la forme de grains opaques d'un blanc jaunâtre, parfois d'un jaune verdâtre, parfois d'un jaune soufre, et dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un grain de sable.

Dans certains cas, le foyer est superficiel, et la plaie est peu profonde, à bords rouges, un peu décollés, souvent taillés à pic, à fond irrégulier, grisâtre ; plus souvent l'ulcération est très creuse, à bords d'un rouge violacé, nettement décollés, en entonnoir, entourés d'une zone d'un rouge livide au niveau de laquelle les tissus sont mollasses : le fond est irrégulier, d'un jaune grisâtre, anfractueux, recouvert d'un liquide purulent mal lié, peu abondant et dans lequel on peut trouver des grains jaunes. Assez souvent le foyer comprend des fistules nombreuses, des clapiers compliqués, des trajets sinueux, des abcès secondaires. C'est toujours vers la périphérie de la masse morbide que le processus est à son summum d'activité : il s'y développe des tumeurs secondaires, sortes de nodules d'accroissement, formant des nodosités hémisphériques dont l'évolution est identique à celle de la tumeur primitive. L'ensemble constitue une plaque d'un rouge violacé, mamelonnée,

indurée à la périphérie, ramollie ou ulcérée au centre, paraissant adhérente aux parties profondes, et ayant une vague ressemblance avec les gommes scrofulo-tuberculeuses. Les ganglions sont presque toujours indemnes.

La douleur est des plus variables, tantôt intense, tantôt ne se réveillant que par les pressions.

Dans l'actinomycose cutanée on n'observe pas d'ordinaire les symptômes graves que l'on rencontre dans les autres formes.

II. *Actinomycose secondaire de la peau.* — Elle est infiniment plus fréquente que l'actinomycose primitive. La peau n'est en effet le plus souvent atteinte dans l'actinomycose que secondairement, par suite de l'évolution d'une tumeur actinomycosique profonde. De toutes les localisations internes primitives de l'actinomycose celles qui aboutissent le plus fréquemment à l'envahissement de la peau sont sans contredit les localisations temporo-maxillaires et gingivo-jugales. Elles s'accompagnent presque toujours d'un symptôme qui, dans les tumeurs de la face et de la région sous-maxillaire, est presque pathognomonique de la présence de l'oospora bovis, nous voulons parler d'un trismus plus ou moins douloureux, mais fort accentué (voir Poncet, et G. Rapp, *Thèse de Lyon*, 14 janv. 1904).

Parfois ce sont des lésions pulmonaires, des lésions abdominales qui gagnent les téguments.

L'actinomycose cutanée primitive est d'un pronostic relativement bénin, car elle est guérissable par un traitement rationnel. Abandonnée à elle-même, elle peut devenir grave par propagation aux tissus profonds. L'actinomycose cutanée secondaire comporte le pronostic de la localisation primitive dont elle est la conséquence, et ce pronostic est assez souvent des plus sérieux.

Anatomie pathologique. — « Dans les couches cutanées, comme en tout autre tissu, la présence de l'oospora bovis détermine immédiatement un afflux de cellules phagocytaires, et il se forme un pseudo-tubercule, le *nodule actinomycosique*.

« Au centre du nodule siège le champignon : on trouve un feutrage mycélien avec sa couronne de massues, et tout autour une zone amorphe de dégénérescence qui sépare habituellement les massues des éléments cellulaires.

« Viennent ensuite des cellules à type épithélioïde (cellules plasmatiques de Unna), formant des assises plus ou moins étendues à la périphérie du parasite et dont les couches internes présentent des altérations dégénératives (gonflement de la cellule, transformation du protoplasma en une substance amorphe et fendillée, dégénérescence vacuolaire).

« Quant à la partie la plus externe du nodule, elle est constituée par des cellules jeunes à noyaux volumineux et formant des infiltrations abondantes entre les fibres conjonctives qu'elles dissocient.

« Enfin dans ce nodule actinomycosique se trouvent aussi quelquefois des cellules géantes que l'on observe, d'après Poncet, surtout au voisinage des zones de réaction fibreuse et à la période de résorption cellulaire. » (E. Bodin, *loc. cit.*).

L'intégrité des vaisseaux est habituelle dans l'actinomycose, d'où une moindre tendance à la nécrose que dans la tuberculose.

La lésion peut évoluer vers l'organisation fibreuse : parfois la réaction de l'organisme est moins intense, la dégénérescence cellulaire s'effectue, et il se forme de véritables collections purulentes composées de débris cellulaires et de leucocytes.

Diagnostic. — Au point de vue du diagnostic tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il faut se défier de l'actinomycose toutes les fois qu'on est consulté pour une lésion d'aspect un peu bizarre ayant à la fois les caractères d'une tumeur et ceux d'un abcès à marche lente et torpide. On devra dans ce cas examiner avec le plus grand soin le pus quand il y a ulcération : s'il n'y en a pas, il faut pratiquer une biopsie ou ponctionner les parties fluctuantes. On doit se souvenir que l'oospora bovis ne se montre pas toujours chez l'homme avec les renflements massués, et que les liquides qui s'écoulent des ulcères actinomycosiques peuvent ne pas avoir de grains jaunes; ils ont souvent une odeur fétide, nauséabonde, quelquefois très spéciale, *odeur sui generis*, odeur *actinomycosique* (A. Poncet et L. Bénard : Académie de médecine, 22 mars 1904).

Traitement. — L'iodure de potassium semble avoir une réelle efficacité contre l'actinomycose; cependant il a été peu actif et même il a totalement échoué dans quelques cas. On doit toujours l'administrer, et il sera souvent héroïque dans les cas d'actinomycose au début non compliqués. On le donnera aux doses de 2 à 6 grammes par jour par périodes de quinze jours séparées par des périodes de huit à dix jours de repos. Parfois, au début, il produit des poussées congestives douloureuses; puis tout se calme, et l'amélioration survient.

Localement il est indiqué d'agir avec énergie toutes les fois que l'iodure de potassium se montre insuffisant, et quand les lésions sont anciennes, profondes et infectées. On pratiquera ou bien l'ablation large de tous les tissus malades en empiétant sur les tissus sains, ou tout au moins l'ouverture des collections liquides, le raclage, le curettage à fond des clapiers et des trajets, l'abrasion de toutes les fongosités. On lavera ensuite soigneusement les surfaces à vif avec une solution de bichlorure d'hydrargyre au 1/500 ou avec une solution phéniquée au 1/20; on bourrera toutes les cavités avec de la gaze iodoformée, et on fera cicatriser du fond à la surface en ayant bien soin de ne laisser aucun décollement. On pourra pour activer ou régulariser la cicatrisation faire usage du nitrate d'argent.

Gautier a fait connaître il y a quelques années les excellents résultats qu'il a obtenus dans un cas de cette affection par l'application de sa méthode électrochimique. Ce procédé « repose sur la décomposition par le courant de la pile d'une solution d'iodure de potassium au 1/10 en corps naissants (iode et potasse) ». Pour l'obtenir, il implante deux aiguilles de platine reliées aux deux pôles dans les nodules de la tumeur; il fait passer un courant d'une intensité de 50 milliampères, et, avec une seringue, il injecte toutes les minutes pendant l'opération quelques gouttes de la solution iodurée. Les séances ont lieu sous le chloroforme et durent vingt minutes; on peut les répéter à huit jours d'intervalle. Dans le cas d'actinomycose de la face que Gautier a traité par ce procédé quatre séances ont amené la guérison apparente d'une assez vaste lésion occupant la presque totalité de la joue droite. Cette méthode ne semble pas être entrée dans la pratique courante.

2° MYCÉTOME OU PIED DE MADURA

Voici, d'après L. Raynaud (*Pratique Dermat.*), quelle est la synomynie de la maladie que l'on désigne d'ordinaire sous le nom de *Mycétoma* : — *Madura foot, pied de Madura ou de Maduré, pied de Cochin, mycétome ou fongus de l'Inde* (Carter), *dégénérescence endémique des os du pied* (Carter), *maladie tuberculeuse*

du pied, tubercule de Godefrey et d'Eyre, maladie entophylique du pied, ulcère grave du pied, ulcus grave, pied fongueux, carie des os du pied, hypertrophie du pied avec carie. — Pérical, Anaycal, Podelkoma, Kirudeo. — Kirinagrah (demeure des vers). — *Goutlou Mandi* (pied à œufs) (Inde). — *Tabaoucht* (petit ver, Kabylie).

Cette synonymie si chargée a l'avantage d'indiquer : 1° la géographie de cette lésion qui s'observe dans l'Inde, la Cochinchine, l'Afrique et l'Amérique ; 2° sa principale localisation, le pied, bien qu'on ait pu l'observer aussi au mollet, à la main, à l'épaule, au cou et à la paroi abdominale ; 3° enfin son aspect général qui est celui d'un pied volumineux dont les os seraient cariés et qui serait criblé de fistules[1].

Description du parasite. — Les parasites du mycétoma seraient des champignons assez proches de l'oospora bovis. H. Vincent en a cultivé un qu'il appelle *Streptothrix Maduræ* : d'après lui les grains seraient composés de tubes mycéliens intriqués : il ne serait pas inoculable aux animaux. Legrain a donné au parasite du mycétome à grains blancs le nom de *Discomyces Maduræ*. On ne sait pas si les diverses formes de mycétome ne sont pas dues à diverses variétés du parasite.

Symptômes. — L'affection débute d'ordinaire par la plante du pied, sous la forme d'une petite tumeur de la grosseur moyenne d'un noyau de cerise et que surmonte une sorte de vésicule. Ce soulèvement de l'épiderme s'ouvre bientôt et il s'en écoule un liquide sanieux contenant des granulations blanchâtres, jaunâtres, rougeâtres ou noirâtres, ce qui a permis de décrire les trois variétés blanche, rouge et noire du mycétome. Il se forme bientôt d'autres tumeurs analogues auprès de la première : elles augmentent de volume, déforment et bossèlent le pied qui prend un aspect globuleux et qui devient trois ou quatre fois plus gros qu'à l'état normal tandis que la jambe s'atrophie.

Sur un mycétome arrivé à l'état de complet développement, on trouve les tumeurs que nous venons de décrire à tous leurs degrés d'évolution ; les téguments sont criblés de soulèvement vésiculeux, de tubercules fongueux d'où s'écoulent à la moindre pression la sérosité et les grains dont nous avons parlé plus haut. Ces ouvertures correspondent à des trajets fistuleux qui transforment le pied en une véritable écumoire.

Les douleurs, d'ordinaire nulles au repos, prennent une certaine intensité si le malade se fatigue par la marche.

L'évolution du mycétome est des plus lentes : on l'a vu dans quelques cas entraîner la mort par épuisement et cachexie au bout de plusieurs années (L. Raynaud, *Pratique Dermat.*).

Anatomie pathologique. — Les trajets fistuleux dont nous avons parlé aboutissent au périoste, aux os qui sont ramollis, ou dans du tissu mou et fongueux. On y trouve en abondance les grains caractéristiques qui ont de 2 à 3 millimètres de diamètre, mais qui peuvent s'agglomérer.

« Autour du parasite se forme un nodule de défense qui peu à peu se désagrège et suppure. Entre les clapiers les tissus s'hypertrophient, deviennent blancs, lardacés... » (L. Raynaud, *Pratique Dermat.*).

[1] Voir les travaux récents de Nicolas V. Greco. *Primer caso de pie de Madura ö micetoma en la Republica Argentina* (Buenos-Aires, 1904) ; et *Etude du Streptothrix Maduræ* (Buenos Aires, 1905).

Diagnostic. — Toutes les fois que chez un malade ayant habité ou habitant un pays où le mycétome est endémique, on observe un pied tuméfié, présentant des tubercules, des fistules d'où s'écoulent des grains blancs ou noirs, il faut se défier du simple diagnostic de tumeur blanche ou d'éléphantiasis, et rechercher le parasite du mycétome.

Traitement. — A l'inverse de ce qui se passe dans l'actinomycose, l'iodure de potassium est sans action dans le mycétome. On ne peut employer contre cette affection que le traitement chirurgical.

Quand on a la chance de l'observer dès le début, on peut la guérir par le raclage à fond, ou par la destruction profonde de tous les tissus malades avec le thermocautère. Plus tard il n'y a que l'ablation qui donne des résultats, ce qui revient dans la majorité des cas à l'amputation que l'on pratique très haut au delà des zones d'extension.

Legrain a constaté qu'une température de 39° tue les parasites en culture, il a dès lors eu l'idée de traiter les malades par les bains de pied quotidiens à 45° : il semble les avoir améliorés par ce procédé.

3° BLASTOMYCOSE (*Dermatitis coccidioïdes*)

En 1896, Gilchrist a publié sous le nom de *dermatite blastomycétique* de l'homme des faits assez curieux dans lesquels il a trouvé un parasite qui était une levure végétale et qui offrait dans les cultures des formes filamenteuses analogues à celles de l'oïdium du muguet. « Les lésions cutanées présentaient une certaine ressemblance avec l'épithélioma, la syphilis tertiaire et surtout la tuberculose » (Dubreuilh). Mais c'est Wernicke de Buenos-Ayres qui en réalité a le premier fait connaître un cas de cette affection. Les observations se sont rapidement multipliées en Amérique : elles émanent de dermatologistes fort honorablement connus, Gilchrist, Nevins Hyde, Montgomery, Ricketts, Coates, Dyer, Stelwagon, etc... Les deux travaux d'ensemble les plus importants parus sur cette question sont ceux de Ricketts (*Journal of Med. Research*, vol. VI, n° 3), et de Hyde et Montgomery (*Journal of the American Med. Association*, 7 juin 1902). En Europe, les cas probants sont encore des plus rares : à l'exception de Buschke, d'Oppenheimer, de Samberger, de Neuberger, de Bradweiner, et de Dubreuilh, les auteurs allemands et français semblent se tenir encore sur la réserve à propos de la légitimité de cette nouvelle entité morbide. Cependant elle gagne tous les jours de nouveaux adhérents. En voici les traits principaux d'après Dubreuilh (Congrès de Berlin, 1904). Nous renvoyons les lecteurs français que ce sujet intéresse à la revue générale de Méneau (*Annales de dermatologie*, p. 578, 1902).

Description du parasite. — Les parasites se trouvent assez facilement dans le pus et les fongosités des ulcérations : « ce sont des corps de 10 μ en moyenne, ronds, avec une épaisse membrane à double contour, avec un contenu granuleux : ils sont souvent en voie de bourgeonnement. Les blastomycètes ont été cultivés et inoculés par Gilchrist, Hyde, Hektoen, Ricketts, etc., etc..., la culture peut se faire sur des milieux assez variés, notamment sur la gélose glycérinée, mais il n'est pas toujours facile d'avoir des cultures pures. Il faut pour cela ensemencer des fragments de tissu excisés ou recueillir le pus dans des abcès miliaires très petits et

non encore ouverts. On obtient des cultures blanchâtres un peu saillantes qui s'entourent d'une auréole de filaments irradiés et se recouvrent d'un duvet peu abondant de mycélium aérien. Les cultures sont formées d'un feutrage de filaments ramifiés et segmentés, mais il n'y a pas d'organes de fructification supérieurs ».

« Les inoculations faites sur divers animaux avec les tissus ou avec des cultures ont donné des résultats positifs dans un certain nombre de cas chez le cobaye et le chien. Il se produit des éruptions viscérales généralisées, de pseudo-tubercules contenant des blastomycètes à l'état de pureté, mais uniquement sous forme de levure, c'est-à-dire de cellules rondes à double contour, sans filaments. » (Dubreuilh.)

D'après l'article récent de S.-B. Wolbach (*Journal of Cut. dis*, janvier 1905, p. 18) les champignons que l'on a déjà décrits dans ces affections pourraient être rangés en trois groupes : 1° *blastomycétoïd* ou *forme de levure* ; 2° *forme d'oïdium* ; 3° *hyphomycétoïd*. Il est donc probable que c'est tout un chapitre nouveau de pathologie qui s'ouvre et qu'on ne fait encore qu'entrevoir. Douglas, W. Montgomery et Howard ont même déjà individualisé deux grands groupes d'affections : la *dermatitis coccidioïdes*, et la *blastomyces* qui seraient des maladies indépendantes et dont ils ont longuement donné les caractères différentiels. Nous ne pouvons entrer dans des détails aussi minutieux dans un ouvrage élémentaire et nous renvoyons à cet article des plus intéressants (*Journal of Cut. dis.*, août 1904)[1].

Symptômes. — On a distingué deux types différents au point de vue clinique :

« 1° Il se forme un peu partout des nodules cutanés qui s'abcèdent et font des ulcérations persistantes à sécrétion purulente et fétide, parfois papillomateuses ; à la suite ou quelquefois avant, surviennent des lésions viscérales et notamment pulmonaires, ressemblant beaucoup à la tuberculose, cliniquement et anatomiquement. La maladie s'est généralement terminée par la mort. Le pus et les fongosités des ulcères et des lésions profondes contiennent des blastomycètes et non des bacilles, ainsi que le montrent l'examen microscopique, les cultures et les inoculations aux animaux. La maladie est également inoculable à l'homme, car Evans a rapporté l'observation d'un médecin qui s'inocula la blastomycose en faisant l'autopsie du cas de Ormsby et Miller. Ces faits diffèrent du type suivant par la tendance plus ulcéreuse, la marche plus rapide et la généralisation des lésions, mais le parasite paraît à peu près le même.

« 2° Dans le deuxième type la maladie apparaît en un point quelconque du tégument, mais le plus souvent à la face, la main ou le pied. Elle débute par un nodule rougeâtre dur, superficiel, un peu douloureux, qui se surmonte, au bout de quelques jours, d'un point jaune. C'est un abcès miliaire qui s'ouvre, et laisse échapper un peu de pus épais. Le nodule grandit et s'étend, les abcès miliaires se succèdent, et il se forme un placard papillomateux bien limité, irrégulier, de consistance assez ferme, infiltré, mais mobile sur les parties profondes et n'occupant que les parties superficielles du derme. La surface du placard est mamelonnée, papillomateuse, les papilles étant de volume inégal plus ou moins serrées, parfois masquées par une croûte formée par le desséchement du pus et du suintement qui est souvent fétide. Par la pression on peut faire sourdre entre les papilles un pus épais. Le bord de la plaque est formé par un talus abrupt, rouge terne avec quelques

[1] Répétons d'ailleurs que pour certains dermatologistes européens, et non des moindres, la légitimité de ce groupe morbide est plus que douteuse.

points jaunâtres qui sont des abcès miliaires. Le placard s'étend excentriquement d'une façon irrégulière, parfois certaines parties se cicatrisent spontanément. Les lésions un peu anciennes sont quelquefois verruqueuses et sèches et ne présentent plus d'abcès miliaires, d'autres sont quelquefois un peu ulcéreuses.

« Les lésions sont rarement uniques ; elles se multiplient probablement par inoculation et débutent toujours par un nodule surmonté d'un abcès miliaire. Leur nombre peut être considérable ainsi que leurs dimensions.

« La maladie peut durer des années en se développant lentement ou par poussées ; les lésions peuvent quelquefois guérir spontanément, au moins en partie[1]. »

Anatomie pathologique. — « L'examen microscopique des lésions montre une nappe de tissu de granulation occupant presque toute l'épaisseur du derme, mais n'atteignant pas l'hypoderme. Ce tissu de granulation est formé de cellules à type varié, notamment de cellules plasmatiques et de quelques cellules géantes; il contient aussi quelques abcès miliaires. L'épiderme est fortement proliféré et envoie dans la profondeur de longs bourgeons épithéliaux ramifiés et anastomosés, creusés d'abcès miliaires intra-épidermiques. Les lésions dermiques ressemblent beaucoup à la tuberculose, mais les bourgeonnements épidermiques sont quelquefois tellement développés qu'ils peuvent faire penser à un épithélioma. Les blastomycètes sont en quantité variable, quelquefois assez rares pour être difficiles à trouver: ils sont disséminés dans le tissu de granulation et sont surtout nombreux dans les abcès miliaires.

« La blastomycose cutanée a pu être confondue avec la syphilis tertiaire, avec l'épithélioma et surtout avec la tuberculose ; aussi plusieurs des premières observations ont-elles été publiées sous le nom de *pseudo-lupus vulgaris*. Elle ressemble surtout à la tuberculose verruqueuse » (Dubreuilh. *Annales de dermat. et de syph.* p. 867 et suiv., 1904)[2].

Traitement. — L'iodure de potassium administré à l'intérieur semble rendre de réels services dans un certain nombre de cas; mais il faut pour obtenir des résultats avec ce médicament le donner à des doses assez élevées, 6 à 8 grammes par jour par exemple.

Localement on a employé tous les antiseptiques ; l'acide borique et les solutions de sublimé ont été le plus utilisés.

Mais on a surtout eu recours aux mêmes traitements que pour le lupus ; on a pratiqué le raclage suivi de cautérisations, ou bien l'excision large.

[1] D'après Bradweiner (*Arch. f. Dermat. und. syph.*, t. LXXI, p. 49), les cas décrits par Kaposi sous le nom de *folliculitis exulcerans serpiginosa nasi* seraient des cas de blastomycose.

[2] Répétons encore une fois que d'après Darier l'existence de la blastomycose pure spontanée chez l'homme n'est pas prouvée. Il pense que les faits qui ont été décrits sous ce nom se rapportent à des infections secondaires par levures qui sont venues se greffer sur des lésions ulcéreuses de n'importe quelle nature.

ENTITÉS MORBIDES VRAIES

CLASSE III

DERMATOSES MICROBIENNES

Vue d'ensemble. — Les dermatoses microbiennes sont extrêmement fréquentes et de la plus haute importance. Il est probable que leur domaine déjà considérable s'étendra encore davantage à mesure que la science progressera. Nous ne saurions trop engager les lecteurs à étudier pour s'en convaincre le si remarquable mémoire de A. Lebet sur les dermatites pyémiques (*Annales de Dermat. et de Syph.*, déc. 1903). En voici les conclusions que l'on ne saurait trop méditer :

« 1° Dans les infections pyo-septicémiques, il existe des dermatoses causées par des microbes (staphylocoques et streptocoques) transportés à la peau par voie sanguine, — dermatoses pyémiques, métastatiques, — (nous citons par analogie les roséoles typhiques, les syphilides, les macules de la lèpre, etc...).

« 2° Ces dermatoses peuvent être multiformes (purpuriques, pustuleuses, varioliformes, noueuses).

« 3° Il n'existe aucune raison pour les ranger dans le groupe des angionévroses ; elles ne sont pas des érythèmes, mais des inflammations.

« 4° Les bactéries peuvent former des métastases superficielles dans les capillaires des papilles, dans le derme ou dans le tissu sous-cutané ; dans ce dernier cas, elles paraissent se localiser de préférence dans les veines (Philippson).

« 5° La virulence des microbes amenés à la peau par voie sanguine semble par ce fait même susceptible d'atténuation (la suppuration peut faire défaut pour les microbes pyogènes, l'évolution envahissante peut faire défaut pour les bacilles de Koch comme dans les tuberculides, etc...) »

Ce qui précède montre que des dermatoses qui au premier abord semblent rentrer dans notre groupe des réactions cutanées peuvent en réalité reconnaître pour origine une infection d'origine microbienne externe.

Cependant il convient de bien établir que dans la majorité des cas les dermatoses microbiennes dépendent d'une inoculation directe des téguments.

Les microbes ainsi inoculés peuvent produire des lésions cutanées plus ou moins profondes, épidermites, dermites, gangrènes, lymphangites, adénites, abcès, phlébites, etc...

Ils peuvent, comme nous venons de le voir, envahir le sang et dès lors produire des lésions à distance du côté des téguments par des sortes d'embolies micro-

biennes (voir les travaux de Philippson, de Török, de Lebet, de Finger, de Sabouraud et Orillard, etc...)

Ils peuvent aussi pénétrer dans l'économie par le tube digestif, les voies respiratoires, les voies génito-urinaires, puis exercer leur action nuisible sur les téguments après avoir infecté l'organisme.

Nomenclature des dermatoses microbiennes

D'après ce que nous avons dit au chapitre *Classification des dermatoses* nous divisons les dermatoses microbiennes de la manière suivante (voir article *classification* pour plus de détails).

I. Dermatoses reconnaissant des bacilles pour cause pathogène.

A L'agent pathogène est un bacille seul.

a) *Son existence est au-dessus de toute contestation.*

Ce groupe renferme : 1° la *lèpre;* 2° la *tuberculose cutanée ;* 3° la *morve;* 4° la *pustule maligne ;* 5° le *chancre simple ;* 6° la *diphthérie cutanée ;* 7° la *fièvre typhoïde ;* 8° la *maladie pyocyanique.*

b) L'*existence d'un bacille comme agent pathogène est encore contestée.*

Ce groupe renferme : 1° Les *gangrènes cutanées par infections microbiennes ;* 2° la *verruga* ou *maladie de Carrion ;* 3° les *Boubas* ou *Frambœsia Brasiliana ;* 4° le *Rhinosclérome ;* 5° le *Lepothrix.*

B. L'agent pathogène est un bacille associé a un spirille [1].

Symbiose fuso-spirillaire comprenant : 1° L'*ulcère phagédénique des pays chauds ;* 2° l'*angine de Vincent ;* 3° la *stomatite ulcéro-membraneuse ;* 4° la *balanoposthite érosive circinée.*

II. Dermatoses reconnaissant des vibrions, des spirilles, des spirochœtes ou des treponemas pour cause pathogène.

1° *Dermatoses reconnaissant des vibrions pour cause pathogène :* le *choléra.*

2° *Dermatoses reconnaissant des spirilles ou des spirochœtes pour cause pathogène.*

3° *Dermatoses reconnaissant des treponemas pour cause pathogène :*

La syphilis [2].

III. Dermatoses reconnaissant des cocci pour cause pathogène.

A. L'agent pathogène est un coccus seul.

a) Le *coccus pathogène est hautement spécifique.*

Gonococcie cutanée.

b) Le *coccus pathogène n'est pas hautement spécifique.* — Ce groupe renferme : 1° les *streptococcies cutanées ;* 2° les *staphylococcies cutanées ;* 3° les *morococcies cutanées.*

[1] D'après R. Blanchard, l'agent pathogène de la symbiose fuso-spirillaire n'est pas un spirille ; mais un spirochœte (*Sp. Vincenti*).

[2] Il est fort possible que le treponema soit en réalité un protozoaire comme le soutient R. Blanchard. Si cette opinion est confirmée, il faudra classifier la syphilis dans les maladies causées par les parasites animaux.

B. L'AGENT PATHOGÈNE EST UN COCCUS ASSOCIÉ A UN BACILLE. — Ce groupe renferme les *acnés*.

IV. **Dermatoses qui sont probablement microbiennes, mais dont on ne connaît pas encore les microbes pathogènes.** — Nous avons vu à l'article classification qu'on peut les subdiviser en trois groupes secondaires qui sont :

A. MALADIES PROBABLEMENT MICROBIENNES, MAIS A MICROBES ENCORE INCONNUS ET QUI INFECTENT L'ÉCONOMIE TOUT ENTIÈRE. — Cette sous-classe comprend : 1° *Toutes les fièvres éruptives ;* 2° les *purpuras infectieux* dont nous n'avons pas à nous occuper dans cet ouvrage ; 3° le *Pemphigus aigu malin ;* 4° le *Pemphigus végétant.*

B. MALADIES PROBABLEMENT MICROBIENNES, MAIS A MICROBES ENCORE INCONNUS, QUI PEUVENT RESTER LOCALES OU SE GÉNÉRALISER. — Cette sous-classe comprend :
1° *Les aphthes* et la *fièvre aphtheuse ;* 2° *le Pian, Frambœsia ou Yaws ;* 3° *le Pian-Bois ;* 4° *les piqûres anatomiques* et *les maladies similaires.*

C. MALADIES PROBABLEMENT MICROBIENNES, MAIS A MICROBES ENCORE INCONNUS, QUI RESTENT TOUJOURS LOCALISÉES. — Cette sous-classe comprend :
1° *Les verrues ;* 2° *les papillomes, les condylomes acuminés ou végétations ;* 3° *le molluscum contagiosum ;* 4° *le granulome ulcéreux des organes génitaux ;* 5° *la balano-posthite pustulo-ulcéreuse.*

I

DERMATOSES RECONNAISSANT DES BACILLES POUR CAUSE PATHOGÈNE

A. — L'AGENT PATHOGÈNE EST UN BACILLE SEUL

A. — SON EXISTENCE EST AU-DESSUS DE TOUTE CONTESTATION

1° LÈPRE

La lèpre est une maladie bien définie, *sui generis*, une véritable entité morbide, à évolution lente et paroxystique, due au développement dans l'économie d'un bacille spécial, le *bacillus lepræ* ou *bacille de Hansen* du nom de celui qui l'a le premier décrit.

On l'appelle encore *lèpre des Arabes, éléphantiasis des Grecs, spedalsked* en Norvège, *aussatz* en Allemagne, *léontiasis* en Grèce, *zaraath* en Orient,[1] etc...

[1] Voir pour de plus amples détails sur cette affection, fort rare en France, et qu'on n'y observe pour ainsi dire que chez des sujets venant de pays étrangers, le livre de Leloir et le bel article de Jeanselme (*Pratique Dermat.*, t. III).

Description du bacille. — Le bacille de la lèpre se présente à un fort grossissement microscopique sous l'aspect d'un bâtonnet dont les extrémités sont parfois un peu amincies; il est plus court, plus mince, plus rigide que celui de la tuberculose auquel il ressemble beaucoup.

Ses réactions microchimiques sont à peu près identiques à celles du bacille de Koch; pour le colorer on peut se servir du violet de méthyle en solution aqueuse, ou mieux des méthodes de Gram-Weigert, d'Ehrlich et de Ziehl.

Il est entouré, surtout quand il forme des amas, d'une capsule réfringente d'apparence homogène, qui réunit les bacilles en colonies.

Les essais que l'on a fait pour le cultiver sont à peu près tous restés infructueux jusqu'ici : cependant il semble que dans ces derniers temps quelques expérimentateurs soient arrivés à des résultats incomplets.

Rost (*British medical journal*, 11 fév. 1905, p. 294) a pu obtenir des cultures du bacille lépreux sur des milieux totalement dépourvus de chlorures. Les cultures de bacille lépreux filtrées plusieurs fois sur bougie Chamberland, réduites au 10/100, et additionnées de glycérine forment un extrait analogue à la tuberculine de Koch, et qu'il appelle la *léproline*. Les injections de léproline produisent chez les lépreux une réaction fébrile très vive, un retour immédiat de la sensibilité dans les zones anesthésiques, une disparition rapide des plaques achromateuses et la guérison des ulcères (W. Dubreuilh, d'après Rost). (Voir plus loin le traitement de la lèpre.)

D'autre part Emile Weil (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1905, n° 12, p. 793-803) n'a réussi que très imparfaitement, et en partant seulement de la lèpre tuberculeuse, à cultiver le bacille lépreux dans l'œuf de poule frais et sur des milieux gélosés à l'œuf de poule, à 37°, 39°. Il espère qu'on pourra obtenir de meilleurs résultats en partant de lèpres très virulentes.

Ch. Nicolle (*Académie de Sciences*, 2 février 1905), a inoculé avec succès à Tunis à un macacus sinensis (singe dit bonnet chinois) des nodules de tissu lépreux : c'est après soixante-deux jours que des nodules positifs ont apparu.

Le bacille de Hansen semble se développer avec facilité et abondance dans les tissus humains prédisposés. Il y donne naissance à des néoplasies spéciales (*lépromes* de Leloir ou *tubercules lépreux*) qui sont remarquables par le nombre énorme de bacilles qu'ils renferment.

Quand ces néoplasies se produisent surtout du côté des téguments cutanés ou muqueux, on a la forme dite *tuberculeuse ou tubéreuse* ou *léonine*. (*Lèpre systématisée tégumentaire de Leloir*.) Quand elles se produisent surtout dans les nerfs, on a la *forme anesthésique* ou *antonine* ou *trophoneurotique* (*Lèpre systématisée nerveuse de Leloir*). Ces deux variétés peuvent coexister chez le même individu, ce qui démontre bien que la lèpre est une : c'est alors la forme *mixte ou complète*. Certains auteurs admettent une autre variété de lèpre, la *lèpre maculeuse ou lazarine* : Leloir croit qu'elle rentre dans les trois précédentes dont elle n'est qu'une phase d'évolution ou pour mieux dire qu'un aspect un peu spécial.

Symptômes. — *Incubation.* — Il est fort difficile d'en préciser la durée; tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle doit être fort longue, en moyenne de trois à cinq ans. Quelques faits semblent prouver qu'elle peut persister dix, quinze ans et même davantage.

Invasion. — Assez souvent des phénomènes généraux annoncent que la maladie entre dans la phase d'activité. Ce sont des poussées fébriles fort irrégulières, plus

ou moins fortes, d'ordinaire à maximas vespéraux, des sensations de faiblesse, de fatigue, de somnolence, d'abattement, de l'anorexie, de la dyspepsie, de la sécheresse du nez et des épistaxis, des vertiges, des céphalées, de l'exagération ou de la suppression des fonctions des glandes sudoripares ou pilo-sébacées, du prurit, de l'hyperesthésie cutanée, de l'anesthésie cutanée circonscrite, des névralgies diverses, de la courbature, de l'anémie, des troubles menstruels.

Comme *éruptions prémonitoires* on a décrit des bulles pemphigoïdes, des taches, érythémateuses d'abord, puis brunâtres. Parfois une tache isolée reste pendant longtemps le seul signe de la maladie : nous en avons vu un exemple frappant chez une mexicaine.

Après un laps de temps qui varie de plusieurs mois à plusieurs années et pendant lequel ces prodromes présentent des périodes successives d'aggravation et d'amélioration fort irrégulières, on voit survenir les symptômes de la lèpre confirmée. La lèpre peut cependant aussi se caractériser en quelque sorte d'emblée ; la période d'invasion manque alors ou bien passe tout au moins inaperçue.

Marcano et Wurtz, puis H. Gougerot (*Tribune médicale*, 2 mars 1906) ont beaucoup insisté sur l'existence au début de l'infection lépreuse d'une lésion tégumentaire unique qui serait un vrai chancre lépreux, analogue au chancre syphilitique, mais dont l'incubation peut être fort longue, et qui est ou cutané ou muqueux (coryza lépreux prémonitoire). Puis la propagation du bacille se ferait (H. Gougerot) probablement d'abord par voie lymphatique, ultérieurement par bacillémie, par poussées successives discrètes ou à grand fracas, et la maladie évoluerait ainsi d'une manière assez analogue à la syphilis ou à la tuberculose.

Période d'état.

Première forme. — Forme tuberculeuse — La lèpre peut se manifester tout d'abord par de petites saillies ou tubercules, mais le plus souvent la première éruption qui paraît consiste en taches de grandeurs variables ayant en moyenne les dimensions de la paume de la main ; elles sont hypérémiques ou érythémateuses, d'un rouge pâle ou vineux, parfois violacées et livides ou bien brunâtres, d'un brun jaunâtre, ou même franchement pigmentaires : dans ce dernier cas, elles se rapportent surtout à ce que l'on a décrit sous le nom de variété maculeuse, et s'observent plutôt au début de la forme anesthésique. Pour la facilité de l'étude clinique on les a divisées en 1° macules érythémateuses ; 2° macules érythémato-pigmentaires (mal rouge de Cayenne) ; 3° macules pigmentaires d'emblée.

Ces taches disparaissent chez quelques malades complètement et même très rapidement sans laisser de traces. Le centre en est parfois plus foncé que la périphérie ; parfois aussi il se décolore et se déprime à mesure que la plaque s'étend par les bords, ce qui constitue les formes annulaires. Plus la maladie est ancienne, plus ces taches sont persistantes. Elles peuvent desquamer légèrement sous forme d'écailles fines.

Il est fréquent de voir se produire à cette période, comme d'ailleurs lorsque la maladie est confirmée, des poussées d'érythème noueux çà et là disséminé, absolument semblable comme aspect à l'érythème noueux vulgaire ; elles s'accompagnent d'élévations de température considérables. Nous avons également noté d'énormes tuméfactions passagères dans la continuité des membres, sur le trajet des paquets vasculo-nerveux, des gonflements articulaires, des rougeurs érysipélatoïdes. Ces dernières complications s'observent aussi dans la forme anesthésique, et surtout dans la forme mixte.

On voit bientôt apparaître soit sur les plaques que nous avons décrites, soit d'emblée sur la peau saine, l'élément caractéristique de l'affection, le *tubercule lépreux*. C'est une sorte de nodosité arrondie, hémisphérique, dont les dimensions varient de celles d'un grain de mil à celles d'une noisette ; dur et comme élastique au toucher, il est d'un rouge pâle ou brunâtre, parfois un peu cuivré, lisse, et présente des télangiectasies qui dessinent à sa surface des arborisations d'un rouge vif.

Ces tubercules sont isolés et forment des saillies nettes, ou bien ils sont confluents et constituent alors des masses arrondies, oblongues ou irrégulières.

Fig. 81. — Lèpre tuberculeuse (bras gauche.)

Lorsqu'ils se développent sur des plaques préexistantes, on voit ces plaques s'épaissir en certains points ; leur infiltration devient plus prononcée, puis elles se bossèlent.

L'éclosion des tubercules, comme celle des taches, s'accompagne presque toujours de crises fébriles, et c'est par poussées successives que peu à peu l'éruption envahit tout le corps.

Les tubercules lépreux affectent deux localisations assez distinctes. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, ils prennent naissance dans le derme (léprome dermique pur de Leloir), puis ils envahissent secondairement une partie plus ou moins considérable de l'hypoderme sous-jacent ; tantôt ils se forment directement dans l'hypoderme (léprome hypodermique de Leloir), de telle sorte qu'au début d'une lèpre tuberculeuse, alors qu'aucune lésion n'est encore visible à l'œil nu, en passant la main sur les téguments, on sent des bosselures qui donnent la sensation de nodosités sous-cutanées soit isolées, soit réunies en plaques. Qu'ils soient dermiques ou hypodermiques ils peuvent en effet être circonscrits ou diffus en nappe. Nodules ou plaques ont, comme les macules d'ailleurs, un aspect huileux dû à l'hypersécrétion sébacée.

Les sièges de prédilection des tubercules cutanés sont : 1° la *face*, et en particulier le front, la partie interne, puis la partie externe de la région sourcilière qui ne présente plus de poils, les paupières, le nez qui est épaissi, élargi, aplati, les lèvres qui sont volumineuses, proéminentes, le menton et les joues qui sont infiltrés et bosselés, (facies léonin), les oreilles et en particulier le lobule où l'on observe souvent des tubercules pédiculés de la grosseur d'un pois ou d'une noisette. Le cuir chevelu est rarement atteint, alors que toutes les autres régions pileuses du corps sont sujettes à être envahies et deviennent glabres ; 2° les *mains* et les *avant-bras*, où les tubercules forment des groupes symétriques qui atteignent parfois une grande

épaisseur vers le poignet, le dos de la main, le coude ; 3° les *membres inférieurs*. D'ailleurs tout le reste des téguments peut être envahi. Les ongles sont secs et décolorés et tombent dans certains cas.

Une fois développés, les tubercules ne restent pas stationnaires ; ils peuvent 1° grossir, devenir confluents, former d'énormes bosselures avec ou sans exfoliation épidermique, se compliquer d'œdème ou de prolifération du tissu conjonctif des

Fig. 82. — Lèpre tuberculeuse (ventre et cuisses.)

parties atteintes, ce qui a conduit à étendre à la lèpre la dénomination d'éléphantiasis ; 2° évoluer vers la régression spontanée, se ramollir, pâlir, s'affaisser, se rider, puis disparaître en laissant une tache d'un blanc jaunâtre au centre, pigmentée à la périphérie ; 3° s'enflammer, suppurer, s'ouvrir à l'extérieur, s'éliminer ainsi en partie ou en totalité ; 4° s'ulcérer simplement sans s'éliminer, et former alors la lésion que l'on a décrite sous le nom d'ulcération lépreuse, laquelle reste petite, superficielle, recouverte de croûtes verdâtres ou brunâtres, ou bien gagne en profondeur, détruit peu à peu les tissus sous-jacents, tendons, ligaments, os, et amène les difformités de la lèpre mutilante.

Les troubles des diverses sensibilités sont constants au niveau des éruptions lépreuses. L'anesthésie est la règle : mais elle est éminemment variable

d'intensité et elle affecte surtout le type de la dissociation parfaite ou imparfaite.

Les tubercules peuvent aussi se développer sur les muqueuses conjonctivale, nasale, buccale, palatine, pharyngée, laryngée, bronchique, dans les globes oculaires, dans les autres viscères; ils peuvent s'y ulcérer et produire par suite les délabrements et les troubles fonctionnels que ces localisations doivent faire prévoir, cécité, effondrement du nez, raucité, perte de la voix, impuissance, accidents pulmonaires divers, mutilations, etc... phénomènes extrêmement multiples, sur lesquels nous ne pouvons insister.

Le coryza chronique est une des manifestations les plus précoces de la lèpre : on l'observe souvent avant tout autre symptôme; aussi certains auteurs pensent-ils que la muqueuse nasale est souvent le lieu d'inoculation du bacille de Hansen. Il est caractérisé par de la tuméfaction de la pituitaire, de l'enchifrènement, des croûtes, parfois de l'épistaxis. On a recommandé dans les cas douteux de pratiquer l'examen bactériologique du mucus nasal, et même de donner de l'iodure pour provoquer un écoulement dans lequel on recherche le bacille. Peu à peu les lésions de la muqueuse épaississent le nez qui finit par s'aplatir. La cloison cartilagineuse s'infiltre, la pituitaire est turgescente, érodée, puis elle s'ulcère, et la cloison se perfore et s'effondre.

Fig. 83 — Lèpre tuberculeuse. (Tubercules isolés et agglomérés du dos.)

Le pharynx, le naso-pharynx, la voûte palatine, le voile du palais, la luette peuvent être parsemés de lépromes discrets, ou être complètement infiltrés de lépromes diffus irrégulièrement mamelonnés. La face interne des joues peut elle-même être envahie. La langue présente parfois des épaississements épidermiques, grisâtres, ou opalins, puis sa face dorsale devient dans quelques cas végétante, érodée, se creuse de profonds sillons. Des nodules l'infiltrent dans quelques cas.

Du côté du larynx c'est l'épiglotte qui se prend tout d'abord; on y voit de la rougeur avec un peu de tuméfaction; puis progressivement cet organe devient mamelonné, rigide, enfin il s'ulcère ou se déforme. L'ouverture du larynx subit ensuite les mêmes altérations : aussi la voix, d'abord un peu enrouée, devient-elle rauque, nasonnée; puis l'aphonie se produit. La respiration peut être difficile.

Les lésions des paupières sont analogues à celles des autres lésions cutanées : là, comme sur toutes les autres régions pileuses du corps, à l'exception du cuir chevelu, la déglabration est la règle. La lèpre oculaire se cantonne presque toujours sur le segment antérieur de l'œil et autour de la cornée. La kératite lépreuse débute près de la sclérotique en des points qui correspondent à des lésions de cet organe sous la forme de petites opacités qui peu à peu envahissent toute la cornée et en amènent la vascularisation ou l'ulcération. L'iritis est commune : elle est séreuse ou tuberculeuse : elle peut laisser des synéchies postérieures (voir pour plus de détails sur tous ces points les ouvrages déjà cités.)

Les viscères sont assez souvent atteints. Le poumon l'est assez rarement par le bacille de Hansen, tandis qu'il l'est très fréquemment par le bacille de Koch qui vient hâter la mort du lépreux. On a publié quelques cas de lèpre intestinale, hépatique, splénique, vasculaire, mais surtout lymphatique. L'orchite lépreuse est fréquente : c'est d'ordinaire une orchi-épididymite presque toujours double. On sent une masse volumineuse, lisse ou hérissée de tubercules durs. L'ovaire peut être atteint. L'impuissance est la règle vers la fin de l'affection. Quand la lèpre se développe avant la puberté, les organes génitaux subissent d'ordinaire un arrêt de développement.

La lèpre tuberculeuse évolue dans certains cas très vite, et aboutit en quelques mois à la terminaison fatale avec des accès fébriles de la plus grande intensité : c'est la *forme aiguë*. Cette rapidité d'allures est rare. Presque toujours la maladie revêt la *forme chronique*. Elle procède par poussées successives, par des séries d'éruptions ou de manifestations viscérales diverses avec fièvre intense séparées par des périodes plus ou moins longues de répit complet ou incomplet. Parfois des rémissions prolongées font croire à la guérison.

Dans certains cas, et nous en avons observé ici en France chez des sujets venus de Cuba et de la Martinique, la lèpre ne se manifeste que par des poussées fébriles intenses avec maxima vespéraux atteignant 39°, 5, 40°, 40°, 5, durant plusieurs jours, le plus souvent même plusieurs semaines, et pendant lesquelles le malade éprouve des douleurs rhumatoïdes variables et voit survenir çà et là disséminés sur les téguments des nodules érythémateux plus ou moins étendus et infiltrés, d'un rouge un peu livide, rappelant l'érythème noueux. Puis les symptômes s'amendent progressivement, et il survient une période d'apyrexie et d'accalmie d'un à plusieurs mois de durée pendant laquelle le malade semble être en parfait état. Survient ensuite une poussée nouvelle.

Peu à peu le malade est épuisé par ces attaques et ces poussées fébriles incessantes, par des névralgies, des étouffements, des troubles gastro-intestinaux ; il a le corps et surtout la face, les mains et les pieds couverts d'ulcères et de croûtes ; il voit se produire parfois des hémorragies ; il arrive enfin à la cachexie, et succombe dans le marasme avec des diarrhées profuses ou de l'anorexie. Dans quelques cas les ulcérations et les nécroses osseuses sont assez considérables pour causer des mutilations.

La mort peut arriver aussi, brusquement, provoquée par un accident local grave, tel que de l'œdème du larynx, des ulcérations des voies respiratoires ou digestives, une affection pulmonaire aiguë ou chronique. La tuberculose pulmonaire est relativement fréquente dans le cours de la lèpre, et c'est assez souvent elle qui tue le lépreux.

Parfois la maladie, après avoir d'abord revêtu la forme tuberculeuse, prend les allures beaucoup plus torpides de la forme trophoneurotique.

Deuxième forme. — Forme anesthésique (*lèpre systématisée nerveuse* ou *lèpre trophoneurotique*). — Après la période d'invasion que nous avons étudiée plus haut, survient la période éruptive ou de début, dont la durée est fort courte, moyenne ou prolongée. Elle est caractérisée dans certains cas par une éruption pemphigoïde très discrète, semblable à celle du pemphigus ordinaire, le plus souvent constituée par une bulle unique qui se renouvelle sans cesse, et qui laisse après elle une ulcération et une cicatrice, ou tout au moins une macule pigmentaire : il se produit ainsi des éruptions bulleuses successives pendant des mois entiers : elles

peuvent être aux membres le point de départ de plaies fort rebelles (*lèpre bulleuse, ulcéreuse, lazarine* des auteurs).

Plus souvent l'éruption de la forme anesthésique est constituée par une éruption tégumentaire assez semblable à celle de la lèpre tuberculeuse et qui est d'abord érythémateuse ou hypérémique, puis hyperchromique ou achromique, ou bien pigmentaire d'emblée avec ou sans atrophie cutanée consécutive. Ces taches qui ont la plus grande importance, et qui sont considérées par quelques auteurs comme caractéristiques de la forme maculeuse, sont plates, lisses, brillantes; elles s'étendent par leur périphérie, se décolorent souvent et s'atrophient au centre : leur forme est arrondie ou ovalaire; elles donnent naissance parfois par confluence

Fig. 84. — Lèpre maculeuse anesthésique (Taches circinées du dos).

à des figures circinées : elles ont été autrefois décrites sous les noms de *morphée* et de *vitiligo*. D'après leur coloration et leur aspect, on distinguait les *morphœa rubra, alba, nigra lardacea, atrophica, vitiligo leuke et melas*, etc... Leurs bords sont colorés, rouges, brunâtres ou blanchâtres, nets ou diffus, parfois serpigineux.

Ces plaques sont le siège de *troubles de la sensibilité* des plus nets : les parties décolorées sont toujours anesthésiques, les parties hyperchromiques le sont aussi fort souvent; parfois cependant elles sont sensibles : dans quelques cas elles sont hyperesthésiques. L'anesthésie peut aussi se produire en des points qui ne sont le siège d'aucune altération apparente, mais au niveau desquels il y a eu souvent de l'hyperesthésie. Cette insensibilité est telle dans certains cas que le malade se blesse, se brûle même sans en avoir conscience.

Peu à peu le système nerveux se prend davantage : il se produit ce que Leloir appelle la *névrite lépreuse*, névrite à laquelle il décrit deux périodes : 1° Une période d'envahissement qui correspond cliniquement aux exanthèmes cutanés, à des phénomènes d'hyperesthésie, de douleurs névralgiques paroxystiques, et

dans laquelle il est parfois possible de percevoir un épaississement considérable de certains nerfs. Souvent dès la période prodromique on peut constater cette tuméfaction de quelques troncs nerveux qui sont douloureux à la palpation. Il est classique de rechercher l'augmentation de volume du cubital dans la gouttière olécranienne, augmentation fusiforme ou noueuse; 2° Une période d'état caractérisée anatomiquement par la dégénérescence complète du nerf et cliniquement par de l'*anesthésie*, des paralysies, des atrophies et différents troubles trophiques.

L'*anesthésie lépreuse* est presque toujours symétrique : elle affecte surtout les membres : elle a été fort bien étudiée dans ces derniers temps par Jeanselme. « Elle est souvent plus ancienne et plus étendue aux membres inférieurs. Elle débute toujours au niveau de leur extrémité libre, d'où elle remonte graduellement vers leur racine. Primitivement *rubanée*, elle tend à prendre dans la suite le type *segmentaire*. Sa limite supérieure est oblique et plus ou moins sinueuse. De l'anesthésie à la sensibilité parfaite, la transition n'est pas brusque, elle se fait par une *manchette de transition* haute de 10 à 15 centimètres. L'aire du territoire anesthésique *n'est pas immuable* : il existe une *zone fixe*, correspondant aux régions les premières atteintes, qui résulte de lésions matérielles du système nerveux; et une *zone mobile*, qui relève peut-être d'un simple trouble fonctionnel et varie d'un jour à l'autre dans des proportions surprenantes »...

Fig. 85. — Lèpre maculeuse anesthésique (Taches circinées de la cuisse).

« La sensibilité thermique disparaît la première, la sensibilité à la douleur est atteinte peu après. Toutes deux sont abolies bien avant la sensibilité tactile. La sensation de pression survit fort longtemps. Les sensations thermiques affaiblies subissent souvent un *retard* considérable. Elles ne sont perçues que cinq à huit secondes après la sensation de contact. Les *perversions sensitives* ne sont pas rares... A la longue l'anesthésie devient totale, du moins aux extrémités des membres... le malade se fait sans s'en apercevoir de profondes brûlures... » (Jeanselme, *Pratique Dermat.*, t. III, p. 52, 53, 54).

En même temps que se développe l'anesthésie, apparaissent des *troubles moteurs*, lesquels sont presque toujours en relation avec de l'*atrophie musculaire* : cependant il peut y avoir dans la lèpre des paralysies proprement dites.

Les régions le plus souvent atteintes d'atrophie musculaire sont la face et les extrémités. A la face, c'est l'orbiculaire des paupières qui est surtout intéressé : la figure est émaciée, immobile, sans expression, le regard fixe.

« Aux extrémités supérieures les atrophiés débutent par les éminences thénar, hypothénar et par les interosseux, en particulier par le premier interosseux dorsal. L'un des premiers signes constatables est assez fréquemment l'*excavation en bateau* de la face dorsale des mains produite par l'extension exagérée des phalanges, mais la déformation la plus commune est certainement la *griffe cubitale*. Les mouvements d'opposition du pouce et du petit doigt, l'adduction et l'abduction sont impossibles ou seulement ébauchés.... Souvent aussi la main reproduit les

divers types du *rhumatisme chronique*... l'*attitude en coup de vent* peut être exagérée par des poussées aiguës de *pseudo-rhumatisme lépreux*, pendant lesquelles les doigts gonflés en rave sont peu douloureux. A une époque tardive, l'amyotrophie gagne l'avant-bras; elle s'attaque alors de préférence *aux extenseurs*, et le poignet ne peut plus être relevé... »

« Aux membres inférieurs les petits muscles de la région plantaire sont les premiers atteints, et les mouvements des orteils sont obscurs. Mais ces atrophies, causant peu de troubles fonctionnels, passent inaperçues. Au contraire, la *parésie atrophique du groupe antéro-externe de la jambe* attire toujours l'attention. Son impotence se traduit d'abord par la chute du gros orteil, puis par la chute du pied tout entier et le *steppage*... L'atrophie peut s'étendre aux jumeaux, au triceps crural, aux péroniers. Plus tard des *rétractions tendineuses* qui s'établissent et progressent lentement peuvent immobiliser le pied en position anormale et produire une véritable distorsion. »

« Enfin, dans certains cas, on observe une amyotrophie généralisée frappant les muscles irrégulièrement comme dans la maladie d'Aran-Duchenne. »

« L'atrophie musculaire de la lèpre progresse lentement ou procède par à-coups, en coïncidence avec des poussées aiguës de polynévrite. Le degré de la paralysie est proportionnel au nombre de faisceaux dégénérés.... La parésie est flasque... » (Jeanselme, *Pratique Dermat.*).

La peau des régions anesthésiées s'atrophie, s'amincit, se ride, prend un aspect sénile. Il survient des troubles trophiques divers, exfoliation, chute incomplète ou complète des ongles, chute des dents, ulcérations nasales et gingivales, maux perforants plantaires et palmaires creusant en profondeur, déterminant l'exfoliation des phalanges, panaris bizarres qui aboutissent à la nécrose, pénètrent dans les articulations, font tomber les phalanges, gangrènes sèches et momifiantes, résorption osseuse spontanée, sorte d'ostéomalacie lépreuse, nécroses avec abcès, etc..., toutes lésions qui mutilent le malade (*Lèpre mutilante*).

C'est après un laps de temps variable suivant les cas, mais d'ordinaire extrêmement long, cinq, dix, quinze ans et même plus, que le lépreux trophoneurotique arrive aux dernières périodes de son existence : il est alors plongé dans le marasme le plus profond, dans une sorte d'hébétude générale. « La peau s'est desséchée et momifiée. Les muscles ont fondu et les membres sont décharnés. Aux jambes, l'atrophie se cache sous un œdème éléphantiasique, résultat de poussées érysipélateuses répétées. Les extrémités tronquées se réduisent peu à peu à des moignons informes. La température centrale est abaissée, ils souffrent d'une sensation de froid persistant, d'une soif intolérable, parfois d'affreuses névralgies... finalement ils meurent dans le marasme parfois entrecoupé de crises tétaniques. » (Jeanselme, *Pratique Dermat.*).

Ils peuvent aussi être emportés par une complication quelconque, pneumonie, pleurésie, infection purulente, albuminurie, diarrhée, etc... ; plus rarement ils succombent à la tuberculose pulmonaire.

De Beurmann, Roubinovitch et Gougerot ont décrit dans la lèpre des troubles mentaux qu'ils catégorisent psychose polynévritique ou cérébropathie psychique toxémique, et qui sont surtout caractérisés par une amnésie spéciale d'évocation et d'assimilation, par un affaiblissement intellectuel se traduisant par de l'apathie avec indifférence, par des manifestations délirantes à point de départ hallucinatoire et idées de persécution. Cette psychose débute tardivement et est d'un pronostic très sombre (*Bulletin médical*, p. 239, 254, mars 1906).

Troisième forme. Forme mixte. — Les formes mixtes ou complètes sont de beaucoup les plus fréquentes. En réalité la névrite lépreuse existe pour ainsi dire toujours dans la lèpre tuberculeuse. Il est fréquent d'observer la transformation de la forme tuberculeuse en la forme nerveuse et vice versâ. Enfin dans beaucoup de cas la lèpre est mixte d'emblée avec un peu de prédominance des symptômes de l'une ou de l'autre forme.

D'après Leloir la *lèpre tachetée et bulleuse* (*lèpre lazarine* de Lucio, Alvarado et Poncet) ne constitue pas une forme spéciale de lèpre, mais une variété dans l'exanthème maculo-bulleux de cette affection, c'est un érythème souvent bulleux, parfois un pemphigus pouvant devenir escharotique. Il propose de lui donner le nom d'*Érythème polymorphe lépreux, bulleux et escharotique.*

Complications. — Dans le cours de la lèpre on peut observer des dermatoses variées surajoutées ; elles n'ont aucune importance. Nous avons déjà vu que les infections les plus diverses, impaludisme, érysipèle, tuberculose pulmonaire, syphilis, peuvent coexister et augmenter singulièrement la gravité de la maladie.

Pronostic. — Il y a des formes frustes et abortives de lèpre ; c'est incontestable. Elles ne sont caractérisées que par un petit nombre de symptômes de peu de gravité, plaques érythémato-pigmentées, anesthésies incomplètes circonscrites. Elles peuvent ne pas évoluer, surtout lorsque les sujets se transportent dans des pays où la lèpre n'est pas endémique. Il semble même que ces symptômes puissent disparaître et ne pas se reproduire. De là à admettre que la lèpre dans ses formes les plus bénignes puisse guérir, il n'y a qu'un pas. Il est probable qu'il en est de cette maladie comme de la tuberculose.

Anatomie pathologique. — Le léprome est constitué par des amas considérables de bacilles ayant l'aspect que nous avons décrit plus haut : on y trouve, surtout dans les foyers déjà anciens, des éléments que l'on désigne sous le nom de *globi* (*mottes jaunes, gelbeschollen* de Hansen) et qui sont des agglomérations de bacilles intriqués et tassés au point que chacun d'eux n'est plus distinct.

Le léprome jeune est presque exclusivement composé de *cellules conjonctives* et de quelques *lymphocytes* et *leucocytes mononucléaires.*

« Les *mastzellen* d'Ehrlich sont fréquentes. Les *plasmazellen* sont très nombreuses, particulièrement autour des vaisseaux où elles forment des amas. Ces deux ordres de cellules contiennent rarement des bacilles.

« D'autres éléments appartiennent en propre à la lèpre. Ce sont d'abord de grosses cellules, considérées comme spécifiques, et dénommées par Virchow *cellules lépreuses* (Leprazellen). Leur diamètre est quatre ou cinq fois celui d'un leucocyte. Elles ont un ou plusieurs noyaux, gros et clairs, excentriques ou rejetés à la périphérie. Leur protoplasma est criblé de vacuoles rondes, d'abord petites, « en écumoire », qui grandissent par la suite au point d'envahir toute la cellule. Les bacilles, ordinairement dispersés en un grand nombre de petits amas, plus tard intriqués en grandes masses, finissent par farcir tout le protoplasma : celui-ci prend alors leur réaction colorante.

« Les *cellules géantes* (Riesenzellen) ressemblent beaucoup aux précédentes. Ce sont des plaques protoplasmiques considérables qui contiennent de nombreux noyaux, groupés presque toujours au centre... ; ces corps cellulaires sont troués de grandes vacuoles, comblées par des amas de bacilles granuleux et noyés dans

une substance fondamentale peu colorée. La masse microbienne finit par rejeter le protoplasma à la périphérie et se substituer à lui.

« Leprazellen et cellules géantes n'apparaissent que dans les foyers anciens. » On a beaucoup discuté sur leur origine et leur nature.

« La genèse du néoplasme lépreux peut être comprise de la manière suivante :

« 1° Apporté dans le tissu par voie sanguine, le bacille se greffe dans un espace lymphatique, y prolifère, et provoque soit une réaction des cellules conjonctives, soit un apport des cellules lymphatiques provenant du sang ; d'où formation d'un nodule ;

« 2° Le bacille pénètre dans les éléments du léprome qu'il farcit de grosses colonies intra-cellulaires. Le protoplasma se tuméfie et se vacuolise, le noyau se multiplie par division endogène, et ainsi prennent naissance la cellule de Virchow et la cellule géante ;

« 3° En même temps, les bacilles restés libres dans les fentes lymphatiques se multiplient sous forme de globi. » Jeanselme, *Pratique Dermat.*, p. 15 et 16).

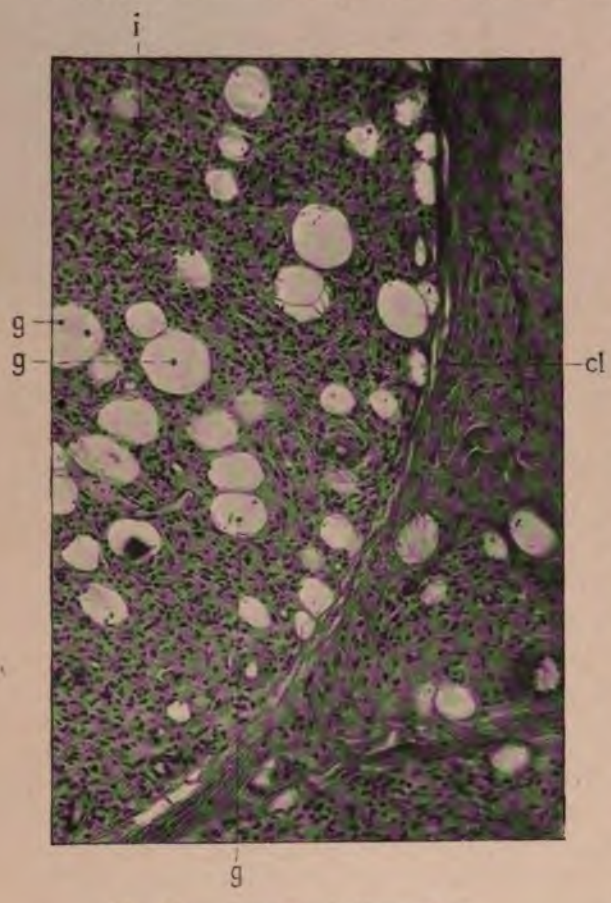


Fig. 86. — Léprome de l'hypoderme.

g, cavités lacunaires remplies de bacilles (ceux-ci ne sont pas colorés). — *cl*, bande conjonctive limitant le léprome principal. — *i*, infiltration inflammatoire.

Cependant quelques auteurs, Unna entre autres, soutiennent que les bacilles lépreux sont toujours extra-cellulaires, et sont agglomérés dans les lacunes lymphatiques distendues.

Nous ne pouvons aborder dans cet ouvrage l'étude de détail de l'histologie des diverses manifestations lépreuses, et les discussions qu'elle a provoquées. Mentionnons seulement ici la théorie d'après laquelle les taches fauves lépreuses seraient des neuro-léprides consécutives à des troubles trophiques, tandis que d'après Darier ce seraient des manifestations directes de la lèpre : on y trouverait des bacilles dans les manchons périvasculaires.

Le léprome cutané n'atteint pas au début la face profonde de l'épiderme.

Les nerfs périphériques présentent de la sclérose intra-fasciculaire accentuée, avec blocs de myéline et cellules bacillifères. La section transversale des gros troncs nerveux atteints a perdu son aspect fasciculé normal et est homogène, grisâtre et translucide. (Jeanselme. Voir le rapport de cet auteur sur les lésions

du système nerveux dans la lèpre anesthésique: *Congrès de Berlin*, 13 septembre 1904, et le travail de Zie : *Arch. f. Dermat.* u., *Syph.*, t. LXXIII, p. 3 et 171.)

Il semble que le liquide céphalo-rachidien soit toujours normal : on n'y a trouvé ni bacille, ni lymphocytose (Jeanselme, Milian, Emile Weil et Tanon).

Diagnostic. — Le diagnostic de la lèpre peut s'imposer ou être d'une extrême difficulté. Quiconque a vu un lépreux tuberculeux porteur de lésions caractéristiques de la face et des extrémités, reconnaîtra toujours la lèpre tuberculeuse arrivée à sa période d'état. Par contre il est souvent pour ainsi dire impossible de reconnaître la lèpre dès le début. En réalité, dans nos pays, on n'y songe pas quand on est en présence d'un cas fruste, et l'on doit toujours y songer quand on est consulté pour une éruption érythémateuse ou maculeuse un peu bizarre; il faut dès lors rechercher l'anesthésie au niveau des éruptions et vers les extrémités, la tuméfaction des nerfs cubitaux, la chute des sourcils, le coryza chronique avec examen bactériologique du mucus[1], enfin une certaine teinte fauve des mains à laquelle la plupart des auteurs n'attachent pas une importance suffisante, et qui nous paraît avoir au point de vue du diagnostic un intérêt capital. On doit donc se défier de tout symptôme de cet ordre chez tout individu venant d'un pays à lèpre, et y ayant séjourné un certain temps. Chez lui le pemphigus successif, le mal plantaire, l'atrophie des muscles de la main doivent être tenus pour suspects. Dans un cas semblable, on doit pratiquer des biopsies et rechercher le bacille de Hansen par tous les moyens connus[2].

A la période d'invasion, lorsqu'elle n'est encore caractérisée que par des macules, la lèpre est fort difficile à diagnostiquer. Elle peut être confondue avec les *parapsoriasis en plaques*, qui sont plus squameux, moins infiltrés, avec le *mycosis fongoïde* à la période dite eczémateuse qui en diffère d'ordinaire par l'intensité du prurit, avec certains *sarcomes cutanés*, avec les *érythèmes polymorphe et noueux* qui n'ont pas les mêmes localisations et qui sont beaucoup plus éphémères, avec le *vitiligo*, avec la *morphée*, avec les *syphilides*, et en particulier avec les *neuro-syphilides*, les *érythèmes circinés tertiaires*. Nous ne pouvons entrer dans le détail de ces divers diagnostics différentiels : qu'il nous suffise de dire que le symptôme majeur qui doit faire penser à la lèpre, c'est l'anesthésie.

A la période nodulaire, la lèpre tuberculeuse devient beaucoup plus évidente. Le tubercule lépreux n'a pas la même coloration que la *papule* ou que le *tubercule syphilitique* : il a une évolution beaucoup plus lente : on trouve souvent à son niveau des modifications de la sensibilité. Ce dernier symptôme le distingue également du *tubercule lupique* dont il diffère en outre par sa dissémination, sa symétrie, son aspect.

La lèpre nerveuse présente des difficultés de diagnostic infiniment plus grandes. Une des affections qui la simulent le plus, c'est la *syringomyélie* : dans cette maladie il y a prédominance constante des symptômes aux membres supérieurs; il y a parfois production du syndrome de Morvan ; les troubles de la sensibilité

[1] Jeanselme, Leredde et Pautrier conseillent de faire ingérer au malade de l'iodure de potassium avant de se livrer à cet examen. On provoque ainsi un suintement plus considérable de mucus nasal dans lequel on trouve plus facilement le bacille.

[2] Ne pas trop avoir de confiance à cet égard dans la méthode de Kalindero qui recherche le bacille dans la sérosité d'un vésicatoire placé sur les macules lépreuses. Ce procédé est fort infidèle.

occupent de grandes étendues, le plus souvent tout un membre ; et, signe capital, les sensibilités thermique et douloureuse ont disparu, tandis que la sensibilité tactile persiste (dissociation syringomyélique de Charcot) ; l'atrophie musculaire a une marche des plus lentes, et revêt le type de l'atrophie musculaire progressive ; enfin les malades présentent fort souvent de la scoliose. On peut cependant affirmer que certains cas publiés sous le nom de syringomyélie appartiennent à la lèpre.

L'*ainhum vrai* semble être distinct de la lèpre.

La lèpre peut prendre l'aspect des syndromes : *maladie de Raynaud, atrophie musculaire progressive, sclérodermie*, etc... Mais ces syndromes peuvent aussi se rencontrer dans d'autres états morbides que la lèpre.

Étiologie. — La lèpre s'observe encore dans un grand nombre de pays. Même dans ceux que l'on croit complètement indemnes, de patientes recherches permettent d'y découvrir des cas frustes de cette maladie. Cependant l'Angleterre, la France, à l'exception de sa côte méditerranéenne et peut-être de la Bretagne, l'Europe centrale, la Sibérie, le centre de l'Afrique, la partie orientale des États-Unis, le Chili et la partie tout à fait méridionale de l'Amérique du Sud peuvent être considérées à l'heure actuelle comme des contrées indemnes.

Sont au contraire fortement contaminés la Scandinavie (Suède et Norvège) les provinces Baltiques, l'Islande, le littoral méditerranéen, à l'exception de l'Italie, le littoral de la mer Noire, celui de la Caspienne, la Perse, l'Indoustan, l'Indo-Chine, la Chine, le Japon, l'Océanie, la Colombie, le Venezuéla, la Guyane, le Brésil, le Paraguay, toute l'Amérique centrale, y compris les Antilles, l'Abyssinie, l'Égypte, la Tripolitaine, la Tunisie, le Maroc, les côtes du golfe de Guinée, la colonie du Cap, Madagascar, Maurice, la Réunion.

Un grand fait domine l'étiologie et la pathogénie de la lèpre, c'est la présence constante dans les tissus pathologiques du bacille de Hansen. C'est donc fort probablement (car la preuve rigoureuse et scientifique n'a pu encore être donnée) une maladie bacillaire, parasitaire au premier chef. Aussi, bien que l'étiologie de cette affection soit encore entourée de beaucoup d'obscurité, n'hésitons-nous pas à la considérer comme inoculable et par conséquent comme transmissible de l'homme à l'homme. Pour que cette transmission se fasse, il faut des conditions de réceptivité et de terrain encore mal connues, mais qui tiennent peut-être aux races, à la mauvaise hygiène, à la misère, à l'encombrement, à l'alimentation défectueuse, etc... (Voir pour plus de détails sur ce point nos articles de 1885, ceux de Leloir, d'E. Besnier, de Jeanselme, etc.)

L'hérédité de la lèpre n'a pas encore été démontrée d'une manière irréfutable.

Traitement. — Dans l'appréciation de la valeur réelle des différentes médications qui ont été préconisées contre la lèpre, il ne faut pas perdre de vue que la lèpre peut présenter spontanément pendant le cours de son évolution des rémissions fort longues et même des quasi-guérisons. Aussi ne doit-on fonder sa confiance en tel ou tel médicament que sur un nombre de faits assez considérable.

Traitement interne. — La médication interne qui nous paraît à l'heure actuelle la plus digne de confiance consiste à administrer l'*huile de Chaulmoogra* (oleum gynocardiæ) que l'on retire des semences du gynocardia odorata. Elle se prend par gouttes : on en donne d'abord V gouttes le matin et V gouttes le soir, soit avant, soit après le repas ; puis on augmente de IV à VI gouttes par jour jusqu'à CXX à CC gouttes par jour en trois ou quatre fois. On continue cette dose

maxima pendant deux ou trois mois, à moins qu'elle ne finisse par fatiguer le malade et par lui donner des maux d'estomac ou de la diarrhée, ce qui est fréquent chez certains sujets. On cesse alors ; après une période de repos variable, on reprend le médicament en commençant encore par de faibles doses. On l'administre dans du thé chaud, dans de l'infusion de menthe, dans des capsules qui contiennent chacune de 15 à 25 centigrammes d'huile, ou mieux enfin dans du pain azyme.

Patron (du Mexique) nous a appris qu'en mettant les malades au régime lacté absolu on peut arriver à leur faire supporter des doses colossales d'huile de Chaulmoogra, CCC, CCCC et jusqu'à D gouttes par jour.

On a essayé de la donner en lavements, en suppositoires, en injections sous-cutanées : on emploie pour cela des ampoules contenant chacune 5 centimètres cubes d'huile pure stérilisée et filtrée à la bougie Chamberland. Jeanselme l'injecte dans les muscles des fesses à la dose de 10 centimètres cubes par semaine en deux fois.

Nous avons toujours vu jusqu'ici l'huile de Chaulmoogra améliorer les sujets atteints de lèpre tuberculeuse ou mixte, et souvent, mais non toujours, ceux qui ont de la lèpre anesthésique. Parfois elle semble ne pas réussir, mais cet insuccès tient d'ordinaire à ce qu'on ne la donne pas à assez hautes doses ; il y a des auteurs qui prétendent que l'on doit arriver aux doses quotidiennes de CC à CCC gouttes pour obtenir de sérieuses améliorations. Cependant il est certains cas, en particulier lors des poussées fébriles d'érythème, où cette substance paraît n'avoir aucun effet utile. Les médicaments qui nous ont alors donné le moins de mécomptes sont le sulfate de quinine à de très hautes doses, le salicylate de soude et l'acide phénique. En somme, on peut dire que l'huile de Chaulmoogra bien administrée améliore plus ou moins les lépreux suivant les cas, mais qu'elle améliore presque constamment ceux qui sont atteints de lèpre tuberculeuse. Nous ne saurions trop engager les médecins à s'en servir.

L'huile de Chaulmoogra est souvent mal tolérée : on a recommandé (Lutz, Falcao, Roux, Vidal) de donner alors l'acide gynocardique qu'elle renferme : 3 grammes de cet acide représentent 17 grammes ou DCCXV gouttes d'huile. On doit commencer par en donner des doses de 30 à 50 centigrammes. On a fait des capsules renfermant 20 centigrammes d'acide pur. D'après la plupart des auteurs, il est préférable de le donner sous forme de gynocardate de magnésie, aux doses de 1 à 4 grammes par jour en pilules de 20 centigrammes, associé à un peu d'extrait de gentiane, ou bien sous forme de gynocardate de soude. L'acide gynocardique est mieux supporté que l'huile de Chaulmoogra, mais il est encore douteux qu'il soit aussi efficace.

Un deuxième médicament, qui peut être utilisé si l'on n'a pas d'huile de Chaulmoogra ou si cette huile n'est pas tolérée, c'est le *Baume de gurjum* (gurjum Balsam, Wood-oil, gurjum oil) qui provient de certaines plantes de la famille des Diptérocarpées. On l'administre à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes, puis on augmente progressivement jusqu'à 12 grammes par jour, en deux ou trois fois avant les principaux repas. E. Vidal le prescrivait sous la forme suivante :

Baume de gurjum	ãã 4 grammes.
Gomme arabique	
Sirop de cachou	12 —
Infusion de badiane	60 —

M. s. a.

On boit immédiatement après un peu de vin ou de liqueur alcoolique pour bien tolérer le médicament.

Cette substance donne parfois d'excellents résultats : on l'emploie presque toujours simultanément à l'intérieur et à l'extérieur.

Depuis quelques années Duque et Moreno ont institué à Cuba de sérieuses expériences pour rechercher si l'extrait de palétuvier ou manglier rouge (Rhizophora mangle) qui est un remède populaire contre la lèpre dans ce pays possède réellement une action thérapeutique efficace. Ils ont employé ce médicament sous forme d'extrait mou ou d'extrait fluide préparé avec l'écorce des palétuviers âgés de cinq ou six ans. Ils font prendre matin et soir une cuillerée à café d'extrait fluide, et ils augmentent chaque semaine la dose d'une cuillerée jusqu'à ce que l'on arrive à 8, 10, 12 cuillerées par jour. Pour l'extrait mou la dose maxima est de 6 à 8 grammes par jour. Ce traitement est presque toujours bien toléré : il provoque rarement des troubles gastro-intestinaux. Ils donnent en outre des bains additionnés d'une décoction d'écorce de palétuvier, pansent les ulcères avec une solution aqueuse à 30 p. 100 d'extrait fluide.

Les résultats obtenus ont été excellents : dans tous les cas de lèpre au début la guérison se ferait en huit ou dix mois. Dans les cas plus avancés la guérison se produirait en deux à cinq ans. Il est entendu néanmoins que cette médication ne peut faire disparaître ni les troubles trophiques, ni les mutilations. Il convient d'ajouter que des expériences de contrôle ont déjà donné des résultats beaucoup moins encourageants.

Un quatrième médicament, qui a beaucoup de vogue dans les pays à lèpre, est le *Hoang-nan* (strychnos gaultheriana). On se sert de la poussière rougeâtre de l'écorce, souvent même de toute sa couche rugueuse. On en fait des pilules d'environ un gramme d'après la formule suivante:

Alun	1/5
Sulfure natif d'antimoine	2/5
Hoang-nan	2/5
Gluten	Q. s.

On les administre avec du gluten ; car, sans cette précaution, on pourrait avoir des accidents. Il faut pendant le traitement supprimer tout alcool de l'alimentation; il est même préférable de s'en tenir au régime lacté. Le premier jour on prend une pilule, la moitié le matin, la moitié le soir ; le lendemain deux; les jours suivants, on augmente d'une pilule par jour jusqu'à ce que l'on en prenne dix à douze. On cesse alors pendant dix jours ; puis on en reprend une nouvelle série, et ainsi de suite. C'est un médicament dangereux qu'on ne peut continuer longtemps, et dont l'effet est loin d'être sûr.

Unna a préconisé l'*ichthyol*. Il le donne à l'intérieur à la dose de 75 centigrammes par jour dans une solution de coumarine et de vanilline à 5 p. 100, ou encore en pilules. Nous le prescrivons en capsules, de 25 centigrammes chaque, à des doses variant de 50 centigrammes à 2 grammes par jour.

Parmi les autres médicaments internes qui ont été vantés contre la lèpre, et qui semblent avoir parfois donné des résultats, citons : l'acide phénique aux doses de 5 centigrammes à 40 centigrammes par jour, le salicylate de soude, le salol que Lutz recommande beaucoup à hautes doses surtout contre les poussées aiguës, la créosote de hêtre à la dose de 50 à 60 centigrammes, l'iodure et le bromure de potassium, l'hydrocotyle asiatica, l'hura brasiliensis, l'hura crepitans,

l'arsenic, que Hardy a employé parfois avec succès sous la forme d'arséniate de fer, le phosphore, l'antimoine, la strychnine (Piffard), etc.

R. Crocker (Lancet, 8 août 1896), a recommandé les injections intra-musculaires de bichlorure de mercure, puis de sozoiodolate de mercure. Il a obtenu par ce procédé une résolution passagère des nodules tuberculeux. Il nous a semblé dans un cas avoir observé des effets analogues avec des injections de cyanure de mercure. Mais ces résultats sont passagers, et cette médication nous a paru affaiblir les malades.

Dans ces derniers temps, on a essayé de traiter la lèpre par divers sérums. Les manifestations cutanées de la lèpre réagissent à la tuberculine de Koch quoique plus difficilement que les manifestations tuberculeuses : mais ces injections n'ont à peu près rien donné. Il en est de même pour la léprine de Babès, pour le sérum anti-lépreux de Carrasquilla (de Bogota), etc... La léproline de Rost aurait donné quelques succès.

Il est indispensable de surveiller l'hygiène du malade, de lui faire habiter un climat sain, tempéré, et surtout un pays où la lèpre ne soit pas endémique. Il doit se bien nourrir, surveiller la nature de ses aliments, s'abstenir de charcuterie, de poissons de mer, de salaisons, d'alcool, prendre des toniques, fer, quinquina, sulfate de quinine dès qu'il a la moindre poussée fébrile, amers, etc...

L'hydrothérapie, les bains de mer, les eaux thermales iodées sodiques, arsenicales (La Bourboule), et sulfureuses, l'électrothérapie, les bains électriques, rendront de grands services dans la lèpre trophoneurotique.

Le malade devra prendre des bains fréquents, courts, antiseptisés ; il fera souvent des lotions phéniquées généralisées ; quelques auteurs recommandent même d'enduire quotidiennement le corps d'huile phéniquée.

Traitement local. — Au point de vue local, lorsque les tubercules ne sont pas ulcérés, nous conseillons de les traiter mécaniquement et de les détruire par l'électro-cautère : on se contente de faire après les cautérisations quelques lavages au sublimé au 1/1000 ou à l'acide phénique au 1/100, et des applications de pommade boriquée au 1/10 ou au 1/20, ou de pommade phéniquée au 1/60 ou au 1/100. On obtient ainsi assez facilement la disparition des tubercules.

Si les tubercules sont ulcérés, on les panse soit avec de l'ouate imbibée d'ichthyol, soit avec de la pommade phéniquée, soit avec de l'iodoforme en poudre, en pommade ou en gaze, soit surtout avec une émulsion de baume de gurjum à parties égales dans de l'eau de chaux, avec laquelle on lave la plaie, puis que l'on applique étendue sur de l'ouate. Cependant cette dernière substance est parfois très irritante et peut donner lieu à une éruption artificielle vésiculeuse, vésiculo-pustuleuse, ou érythémateuse.

Pour ramollir et faire disparaître les tubercules non ulcérés, on a préconisé beaucoup de topiques parmi lesquels nous citerons : la teinture d'iode, le sparadrap de Vigo, l'huile de Chaulmoogra soit pure, soit sous forme d'emplâtre (E. Vidal), soit incorporée à de la vaseline et à de la paraffine :

Huile de Chaulmoogra.	de 2 à 4 parties.
Vaseline	5 —
Paraffine	1 —
M. s. a.	

soit sous forme d'ovules pour les pansements intravaginaux.

L'huile de noix d'acajou (*oleum anacardiæ*) est une huile âcre et irritante dont on fait des applications quotidiennes sur les nodules lépreux qui bientôt s'enflamment, se ramollissent, s'ulcèrent, s'éliminent. On remplace alors l'huile de noix d'acajou par le baume de gurjum pour amener la cicatrisation. Puis on revient, si c'est nécessaire, à l'huile de noix d'acajou et ainsi de suite.

Comme complément de son traitement interne par l'ichthyol, Unna a préconisé le traitement externe suivant : chez les sujets faibles à peau sensible il fait employer comme topiques l'ichthyol à 50 ou 70 p. 100 :

Ichthyol	100	grammes.
Axonge.	70	—
Huile d'olive	30	—

ou la résorcine en pommade ou en emplâtres, à doses irritantes.

Chez les sujets vigoureux dont la peau est résistante et les tubercules volumineux, il se sert de pyrogallol en pommade ou en emplâtre à 5 ou 10 p. 100, ou bien de la chrysarobine qui serait encore plus efficace à la même dose : ces deux derniers médicaments ne doivent être employés que contre les lésions tenaces à cause de leur action irritante sur la peau. Si cette action irritante se produit, on revient momentanément à l'ichthyol. Comme moyens auxiliaires locaux, Unna recommande l'emplâtre salicylé et l'emplâtre mercuriel phéniqué. Contre les pigmentations noires, il prescrit l'onguent de zinc benzoïné auquel il incorpore soit 1/50 de sulfoichthyolate d'ammoniaque, soit 1/50 de résorcine ou de précipité blanc, ou d'acide salicylique.

Il faut d'ailleurs quand on se sert de tous ces médicaments qui peuvent causer des intoxications générales par absorption, tels que l'acide pyrogallique, l'acide phénique, le salol, etc., surveiller de très près le malade, examiner souvent les urines, et interrompre leur emploi au moindre phénomène anormal.

Contre les ulcérations des muqueuses on recommande le nitrate d'argent en crayon ou en solution, et la teinture d'iode.

Contre les lésions oculaires on pratique la kératotomie, les cautérisations de la conjonctive et de la cornée. Contre les douleurs névralgiques lépreuses on a essayé la morphine, le salicylate de soude, l'aconitine, les révulsifs, les applications de ventouses scarifiées, de pointes de feu, le chloroforme, l'élongation des nerfs que Beaven Rake recommande de pratiquer surtout contre les maux perforants plantaires douloureux, l'amputation. L'antipyrine pourrait peut-être donner des résultats : dans un cas, nous en avons obtenu d'assez bons effets.

Wilkinson (de Manille) a employé avec un certain succès la radiothérapie contre les lésions externes de la lèpre. Il convient d'attendre le résultat de recherches plus nombreuses avant de fonder un espoir quelconque sur cette médication.

Prophylaxie. — Nous avons dit que la lèpre est contagieuse : des exemples célèbres prouvent qu'elle est toujours susceptible de s'étendre et de prendre des proportions inquiétantes.

Cependant il ne faudrait pas exagérer l'importance de cette notion : il est sûr que si la lèpre est transmissible de l'homme malade à l'homme sain, elle ne l'est que dans certaines conditions encore mal connues qui font qu'elle n'est en réalité que peu contagieuse. Il n'en est pas moins vrai que l'on doit prendre contre elle de sérieuses mesures prophylactiques, prévenir les populations des dangers que pré-

sentent les lépreux, faciliter leur internement et leur isolement, interdire leur émigration, rendre obligatoire la déclaration de tout cas de lèpre.

Tout lépreux présentant des tubercules ulcérés devrait être rigoureusement soigné et isolé comme constituant un véritable danger public. Il devrait tout au moins être soigneusement pansé. Les ulcérations cutanées seront hermétiquement closes ; celles des muqueuses seront lotionnées et aseptisées. Le malade prendra des bains fréquents : ses vêtements, ses objets de toilette et de table seront fréquemment désinfectés. S'il vit en liberté, les personnes qui seront en contact avec lui seront prévenues du danger qu'elles courent et invitées à prendre les mesures nécessaires. Le mariage doit être interdit aux lépreux, surtout avec des personnes saines.

2° TUBERCULOSE DE LA PEAU

Vue générale. — L'un des incontestables progrès accomplis par la dermatologie dans ces vingt-cinq dernières années a été l'histoire des manifestations cutanées de la tuberculose. A l'heure actuelle on les conçoit de la manière suivante : on admet qu'il existe *un premier groupe* de lésions cutanées dans lesquelles on trouve le bacille de Koch et qui sont inoculables aux animaux, *ce sont les tuberculoses cutanées proprement dites :* un *deuxième groupe* renferme des éruptions dans lesquelles on ne peut trouver de bacilles et dont l'inoculation aux animaux est toujours négative ; c'est la classe fort étendue et encore très discutée des *tuberculides.*

Ces deux groupes comprennent les dermatoses suivantes que nous allons étudier successivement :

A. Tuberculoses cutanées proprement dites. — Nous y rangeons :

1° *L'ulcère tuberculeux proprement dit de la peau ;*

2° *Les gommes scrofulo-tuberculeuses,* et la *lymphangite tuberculeuse ;*

3° *Les tuberculoses suppuratives ;*

4° *Les tuberculoses végétantes ;*

5° *Les tuberculoses cutanées avec calcification de la peau ;*

6° *Le tubercule anatomique* et la *tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf,* formes morbides qui se rattachent au *lupus scléreux papillomateux ;*

7° *Le lupus vulgaire et ses innombrables variétés ulcéreuses et non ulcéreuses* (on peut y faire rentrer les formes morbides comprises dans le groupe précédent).

B. Tuberculides. — Nous rangeons provisoirement dans les tuberculides :

1° *Le lupus érythémateux ;*

2° *Le lichen scrofulosorum ;*

3° *L'érythème induré de Bazin ;*

4° *Les tuberculides proprement dites* (folliclis et acnitis de Barthélemy) qui offrent diverses variétés objectives : les deux plus importantes sont celles auxquelles on a donné les noms de *tuberculide papulo-nécrotique disséminée,* et de *tuberculide ulcéreuse,* etc...

5° *Les sarkoïdes de Boeck ;*

6° Peut-être des *éruptions érythrodermiques généralisées ;*

7° En outre quelques auteurs font entrer dans ce groupe certaines autres affections dont la nature nous paraît plus discutable, telles que : *a*) le *lupus pernio* (voir

Lupus vulgaire); *b*) le *pityriasis rubra de Hebra* (voir ce mot); *c*) l'*eczéma scrofuleux de Boeck*; *d*) l'*angiokératome de Mibelli*.

Il faudrait se garder d'annexer aux tuberculides toutes les éruptions qui peuvent s'observer chez des tuberculeux.

Il nous paraît intéressant de reproduire ici la classification de la tuberculose cutanée, telle qu'elle a été donnée par Pautrier[1].

- I. Tuberculose cutanée typique.
  - Ulcérations tuberculeuses de la peau, ou tuberculide miliaire aiguë.
  - Gommes tuberculeuses ou scrofuloderme des Allemands.
  - Lupus tuberculeux.
  - Tubercule anatomique.
  - Tuberculose scléreuse ; tuberculose de Riehl et Paltauf.
- II. Tuberculose cutanée atypique.
  - 1° *Type nodulaire*.
    - *A*) A petits nodules, ou papulo-nécrotique.
      - Lupus érythémateux disséminé de Bœck. — Psoriasis scrofuleux d'Hutchinson. — Acnitis et folliclis de Barthélemy. — Folliculites symétriques à tendances cicatricielles des parties glabres de Brocq. — Hydradénite destructive de Pollitzer. — Folliculite exulcérante de Lukaziewics. — Hydradénite suppurative disséminée de Dubreuilh. — Acné télangiectode de Kaposi. — Scrofulide acnéiforme et scrofulide à petites pustules de Colcott Fox, Pringle, Galloway. — Granulome innominé de Tenneson et Leredde. — Tuberculides papulo-nécrotiques d'Hallopeau. — Tuberculides périfolliculaires suppurantes de Bœck. — Toxi-tuberculides acnéiformes et nécrotiques d'Hallopeau. — Lupus folliculaire disséminé de C. Fox. — Folliculites des scrofuleux de Du Castel. — Acné cachecticorum de Hebra-Kaposi. — Folliculites miliaires de Thibierge. — Acné varioliforme des extrémités de Bronson. — Engelures nécrotiques d'Allen.
    - *B*) A nodules volumineux.
      - Érythème induré de Bazin. — Une forme d'hydradénite de Giovannini. — Ecthyma scrofuleux de Gastou et Emery. — Thrombophlébite tuberculeuse et phlébite nodulaire nécrotique de Philippson.
  - 2° *Type lichénoïde*.
    - Lichen scrofulosorum.
    - Pityriasis simplex de la face des enfants (C. Bœck).
    - Eczéma scrofulosorum.
  - 3° *Type en nappe*.
    - *Limité*.
      - A tendance atrophique.
        - Lupus érythémateux.
      - Sans tendance atrophique.
        - Lupus pernio.
        - Engelures.
        - Acro-asphyxie.
    - *Généralisé*.
      - Pityriasis rubra de Hebra.
      - Tuberculides érythémateuses exfoliatrices de C. Bœck.
      - Lupus érythémateux aigu disséminé.
  - 4° *Type angiomateux*. — Angiokératome de Mibelli.

Tout en n'admettant pas comme étant absolument démontrée la nature tuberculeuse de toutes ces éruptions, nous devons reconnaître qu'il existe de très sérieux arguments en faveur de ces théories. Nous-mêmes nous avons publié plusieurs faits qui semblent les confirmer. Notons en particulier les deux cas que nous avons com-

[1] Voir Pautrier (Les tuberculoses atypiques. — tuberculides, — *Thèse de Paris*, 1903). — Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à consulter ce remarquable travail : ils y trouveront un historique complet de la question des tuberculides et des aperçus personnels des plus ingénieux. Voir aussi le rapport de Darier sur les tuberculides cutanées et les tuberculoses atténuées à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose (*Bulletin médical*, 13 décembre 1905, p. 1125).

muniqués le 3 mai 1900 à la Société de Dermatologie avec Laubry : dans l'un des lésions d'angiokératome extrêmement développées, siégeant à la face et aux mains, coïncidaient avec une forme un peu insolite de lupus érythémateux; dans l'autre il s'agissait d'un lupus érythémateux grave d'origine nettement tuberculeuse qui se développa d'une manière suraiguë en revêtant au début la forme d'éléments papulo-pustuleux jaunâtres rappelant un peu l'hydroa vacciniforme : il coïncidait avec des tuberculides papulo-nécrotiques typiques, etc... Ces faits et d'autres analogues semblent prouver la réalité de la théorie des tuberculides en montrant que les diverses formes éruptives qui ont été décrites de ces lésions peuvent coexister chez un même sujet entaché de tuberculose. Malheureusement cet argument, quoique ayant un grand poids, n'a pas une valeur démonstrative scientifique absolue.

Nous nous refuserons donc encore jusqu'à plus ample informé à étendre outre mesure le cadre de ces affections.

Description du bacille de Koch[1]. — L'agent pathogène de la tuberculose a été découvert par Koch. C'est un petit bacille ayant de 2 à 5 μ de long sur 0,5 μ environ de large. Il est rectiligne ou légèrement recourbé. On peut le colorer par plusieurs procédés. Un des plus utilisés est la solution d'Erlich à 1 p. 100 de fuchsine dans de l'eau phéniquée à 5 p. 100 : cette coloration est des plus intenses et colore les microbes et les tissus voisins : pour différencier les bacilles, on se sert alors de la solution d'acide nitrique fumant dilué au tiers : on peut aussi recourir à la solution à 2 p. 100 de chlorhydrate d'aniline : on fait tomber sur la préparation quelques gouttes d'alcool absolu et on lave à l'eau : le bacille tuberculeux reste coloré. On peut également employer pour le colorer le liquide de Ziehl : le Gram ne le colore qu'au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures.

La culture est difficile (voir pour plus de détails les ouvrages spéciaux).

A. — Tuberculoses cutanées proprement dites.

1° Ulcérations tuberculeuses proprement dites de la peau. — Leur connaissance est de date relativement récente. C'est en 1871 que Coyne en publia la première observation : depuis lors, elles ont été étudiées par Ritzo, Vallas qui en a donné une excellente anatomie pathologique, Du Castel, etc...

Ce sont des lésions rares. Elles siègent le plus souvent vers la région anale; les localisations les plus fréquentes sont ensuite la lèvre inférieure, la lèvre supérieure, le pourtour des narines, la main et l'avant-bras, la vulve, la verge, etc...

Presque toujours les sujets qui en sont atteints ont un très mauvais état général : la coexistence d'une tuberculose pulmonaire ou intestinale accentuée est pour ainsi dire une règle absolue. Cette circonstance si importante a conduit certains auteurs à penser que ces lésions pouvaient avoir une origine interne et dépendre de sortes d'embolies bacillaires déposées par le courant sanguin à l'endroit où se développera l'ulcération : cette pathogénie est évidemment possible : il est probable toutefois que l'ulcère tuberculeux provient d'ordinaire de l'inoculation directe du bacille à la faveur d'une petite plaie ou d'une écorchure sur un terrain merveilleusement préparé par une infection viscérale. Cette théorie permet de comprendre pourquoi les

[1] Le bacille de la tuberculose est trop connu pour que nous en donnions une description complète. Nous nous contenterons d'en rappeler succinctement les caractères essentiels. Le lecteur n'aura d'ailleurs pour avoir des renseignements sur ce point qu'à se reporter aux ouvrages de pathologie interne.

Lupus vulgaire); *b*) le *pityriasis rubra de Hebra* (voir ce mot); *c*) l'*eczéma scrofuleux de Boeck*; *d*) l'*angiokératome de Mibelli*.

Il faudrait se garder d'annexer aux tuberculides toutes les éruptions qui peuvent s'observer chez des tuberculeux.

Il nous paraît intéressant de reproduire ici la classification de la tuberculose cutanée, telle qu'elle a été donnée par Pautrier[1].

- **I. Tuberculose cutanée typique.**
  - Ulcérations tuberculeuses de la peau, ou tuberculide miliaire aiguë.
  - Gommes tuberculeuses ou scrofuloderme des Allemands.
  - Lupus tuberculeux.
  - Tubercule anatomique.
  - Tuberculose scléreuse ; tuberculose de Riehl et Paltauf.
- **II. Tuberculose cutanée atypique.**
  - 1° *Type nodulaire.*
    - *A*) A petits nodules, ou papulo-nécrotique.
      - Lupus érythémateux disséminé de Bœck. — Psoriasis scrofuleux d'Hutchinson. — Acnitis et folliclis de Barthélemy. — Folliculites symétriques à tendances cicatricielles des parties glabres de Brocq. — Hydradénite destructive de Pollitzer. — Folliculite exulcérante de Lukaziewics. — Hydradénite suppurative disséminée de Dubreuilh. — Acné télangiectode de Kaposi. — Scrofulide acnéiforme et scrofulide à petites pustules de Colcott Fox, Pringle, Galloway. — Granulome innominé de Tenneson et Leredde. — Tuberculides papulo-nécrotiques d'Hallopeau. — Tuberculides périfolliculaires suppurantes de Bœck. — Toxi-tuberculides acnéiformes et nécrotiques d'Hallopeau. — Lupus folliculaire disséminé de C. Fox. — Folliculites des scrofuleux de Du Castel. — Acné cachecticorum de Hebra-Kaposi. — Folliculites miliaires de Thibierge. — Acné varioliforme des extrémités de Bronson. — Engelures nécrotiques d'Allen.
    - *B*) A nodules volumineux.
      - Érythème induré de Bazin. — Une forme d'hydradénite de Giovannini. — Ecthyma scrofuleux de Gastou et Emery. — Thrombophlébite tuberculeuse et phlébite nodulaire nécrotique de Philippson.
  - 2° *Type lichénoïde.*
    - Lichen scrofulosorum.
    - Pityriasis simplex de la face des enfants (C. Bœck).
    - Eczéma scrofulosorum.
  - 3° *Type en nappe.*
    - *Limité.*
      - A tendance atrophique.
        - Lupus érythémateux.
      - Sans tendance atrophique.
        - Lupus pernio.
        - Engelures.
        - Acro-asphyxie.
    - *Généralisé.*
      - Pityriasis rubra de Hebra.
      - Tuberculides érythémateuses exfoliatrices de C. Bœck.
      - Lupus érythémateux aigu disséminé.
  - 4° *Type angiomateux.* — Angiokératome de Mibelli.

Tout en n'admettant pas comme étant absolument démontrée la nature tuberculeuse de toutes ces éruptions, nous devons reconnaître qu'il existe de très sérieux arguments en faveur de ces théories. Nous-mêmes nous avons publié plusieurs faits qui semblent les confirmer. Notons en particulier les deux cas que nous avons com-

[1] Voir Pautrier (Les tuberculoses atypiques. — tuberculides, — *Thèse de Paris*, 1903). — Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à consulter ce remarquable travail : ils y trouveront un historique complet de la question des tuberculides et des aperçus personnels des plus ingénieux. Voir aussi le rapport de Darier sur les tuberculides cutanées et les tuberculoses atténuées à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose (*Bulletin médical*, 13 décembre 1905, p. 1125).

muniqués le 3 mai 1900 à la Société de Dermatologie avec Laubry : dans l'un des lésions d'angiokératome extrêmement développées, siégeant à la face et aux mains, coïncidaient avec une forme un peu insolite de lupus érythémateux; dans l'autre il s'agissait d'un lupus érythémateux grave d'origine nettement tuberculeuse qui se développa d'une manière suraiguë en revêtant au début la forme d'éléments papulo-pustuleux jaunâtres rappelant un peu l'hydroa vacciniforme : il coïncidait avec des tuberculides papulo-nécrotiques typiques, etc... Ces faits et d'autres analogues semblent prouver la réalité de la théorie des tuberculides en montrant que les diverses formes éruptives qui ont été décrites de ces lésions peuvent coexister chez un même sujet entaché de tuberculose. Malheureusement cet argument, quoique ayant un grand poids, n'a pas une valeur démonstrative scientifique absolue.

Nous nous refuserons donc encore jusqu'à plus ample informé à étendre outre mesure le cadre de ces affections.

Description du bacille de Koch[1]. — L'agent pathogène de la tuberculose a été découvert par Koch. C'est un petit bacille ayant de 2 à 5 μ de long sur 0,5 μ environ de large. Il est rectiligne ou légèrement recourbé. On peut le colorer par plusieurs procédés. Un des plus utilisés est la solution d'Erlich à 1 p. 100 de fuchsine dans de l'eau phéniquée à 5 p. 100 : cette coloration est des plus intenses et colore les microbes et les tissus voisins : pour différencier les bacilles, on se sert alors de la solution d'acide nitrique fumant dilué au tiers : on peut aussi recourir à la solution à 2 p. 100 de chlorhydrate d'aniline : on fait tomber sur la préparation quelques gouttes d'alcool absolu et on lave à l'eau : le bacille tuberculeux reste coloré. On peut également employer pour le colorer le liquide de Ziehl : le Gram ne le colore qu'au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures.

La culture est difficile (voir pour plus de détails les ouvrages spéciaux).

A. — Tuberculoses cutanées proprement dites.

1° Ulcérations tuberculeuses proprement dites de la peau. — Leur connaissance est de date relativement récente. C'est en 1871 que Coyne en publia la première observation : depuis lors, elles ont été étudiées par Ritzo, Vallas qui en a donné une excellente anatomie pathologique, Du Castel, etc...

Ce sont des lésions rares. Elles siègent le plus souvent vers la région anale; les localisations les plus fréquentes sont ensuite la lèvre inférieure, la lèvre supérieure, le pourtour des narines, la main et l'avant-bras, la vulve, la verge, etc...

Presque toujours les sujets qui en sont atteints ont un très mauvais état général : la coexistence d'une tuberculose pulmonaire ou intestinale accentuée est pour ainsi dire une règle absolue. Cette circonstance si importante a conduit certains auteurs à penser que ces lésions pouvaient avoir une origine interne et dépendre de sortes d'embolies bacillaires déposées par le courant sanguin à l'endroit où se développera l'ulcération : cette pathogénie est évidemment possible : il est probable toutefois que l'ulcère tuberculeux provient d'ordinaire de l'inoculation directe du bacille à la faveur d'une petite plaie ou d'une écorchure sur un terrain merveilleusement préparé par une infection viscérale. Cette théorie permet de comprendre pourquoi les

[1] Le bacille de la tuberculose est trop connu pour que nous en donnions une description complète. Nous nous contenterons d'en rappeler succinctement les caractères essentiels. Le lecteur n'aura d'ailleurs pour avoir des renseignements sur ce point qu'à se reporter aux ouvrages de pathologie interne.

régions de prédilection de ces accidents sont l'anus qui est en contact constant avec des bacilles chez les tuberculeux pulmonaires et intestinaux, et les lèvres que souillent les crachats remplis de bacilles dans la tuberculose pulmonaire avancée. La vulve peut être infectée par la tuberculose de l'appareil utéro-ovarien, le pénis et le prépuce par la tuberculose génito-urinaire ou par une inoculation accidentelle comme dans la circoncision.

Symptômes. — L'ulcère tuberculeux de la peau débute le plus souvent sous la forme de petites tumeurs au niveau desquelles les téguments, d'abord normaux, rougissent bientôt, puis se ramollissent, prennent une teinte jaune, et finissent par s'ulcérer en laissant échapper une matière blanchâtre épaisse, ressemblant à du pus granuleux.

Il persiste alors une ulcération à bords taillés à pic, parfois un peu décollés, d'un rouge violacé ou livide, à fond sanieux inégal, à tendances lentement extensives, circulaire ou irrégulièrement ovalaire, de dimensions très variables. Elle est unique ou multiple, et, dans ce cas, elle est entourée de petits foyers satellites avec lesquels elle peut se réunir pour former des pertes de substance sinueuses, dentelées, quelque peu polycycliques, entourées d'une aréole inflammatoire de quelques millimètres de large.

Le fond de l'ulcère est parfois parsemé de petites saillies jaunâtres miliaires, surtout situées vers les bords, les unes fermes, les autres ramollies.

Ces ulcérations se recouvrent de croûtes grisâtres ou d'un gris verdâtre peu adhérentes. Elles sont pour ainsi dire indolentes quand elles siègent sur la peau, tandis que celles des muqueuses ou des orifices naturels sont presque toujours fort douloureuses.

Les ganglions correspondants sont assez souvent tuméfiés.

Aux lèvres ces ulcérations siègent surtout aux commissures, parfois à leur partie médiane : elles peuvent être assez douloureuses pour rendre l'alimentation et la parole difficiles.

A l'anus elles sont d'ordinaire situées entre les plis radiés, et de là elles s'étendent d'une part vers la région fessière, d'autre part vers le rectum. Elles y sont presque toujours profondes et fort douloureuses.

A la langue elles sont connues depuis les travaux de Ricord et de son élève Buzenet : elles ont provoqué de fort nombreuses recherches et discussions. Elles siègent surtout à la pointe et sur les bords de cet organe, et de là elles empiètent sur sa face supérieure ou inférieure. « Leur surface est arrondie ou ovalaire, peu profonde, grisâtre. L'enduit grisâtre une fois enlevé, la surface ulcérée paraît d'un jaune gris, finement granuleuse ou mamelonnée. Les bords sont d'un rouge vif, ondulés, comme festonnés ; ils sont peu élevés, mais nettement arrêtés et taillés à pic. Sur la bordure d'un rouge vif qui entoure l'ulcère on voit, ainsi que sur la muqueuse voisine, de petites élevures, de petits grains d'un blanc jaunâtre, gros comme une tête d'épingle, tantôt au nombre de deux ou trois, tantôt en semis abondant. Ces points jaunes sont caractéristiques : ce sont des abcès miliaires, formés par des follicules tuberculeux caséifiés. En s'ouvrant, ils sont l'origine d'une petite ulcération qui paraît taillée à l'emporte-pièce et qui se réunit à l'ulcère principal, d'où l'accroissement et les bords festonnés de ce dernier... La lésion peut revêtir par exception la forme d'une fissure antéro-postérieure, étroite et profonde, plus large à la partie moyenne qu'aux extrémités... On trouve des bacilles tuberculeux dans le produit du grattage de l'ulcère... La douleur est très variable : quelquefois nulle quand la

langue est au repos, elle est réveillée par la parole, par le contact des aliments, ou bien elle se fait sentir même quand l'organe reste immobile. Elle est souvent aiguë, lancinante, s'irradiant jusqu'à l'oreille, comme la douleur du cancer. D'autres fois au contraire la souffrance est fort modérée... (Laffitte, *Pratique Dermat.* t. IV, 1904).

Ce n'est pas là l'unique aspect de la tuberculose de la langue. Elle peut y revêtir une forme nodulaire, profonde, parfois très volumineuse ; elle semble infiltrer

Fig. 87. — Ulcération tuberculeuse.

Cc, couche cornée. — *cm*, corps muqueux. — *eu*, exsudat occupant la surface de l'ulcération. — *dcp*, point où l'épiderme est détruit complètement. — *cg*, cellule géante. — *i*, inflammation.

l'organe qui est bosselé, mamelonné en un point de son étendue, parfois dans toute une moitié de la partie antérieure ou moyenne. Cette variété *gommeuse* de la tuberculose linguale est d'ordinaire indolente. Elle simule de la manière la plus complète la syphilis gommeuse de cet organe : mais son évolution est beaucoup plus lente, sa tendance au ramollissement et à l'ulcération beaucoup moindre.

Aux joues, à l'*isthme du gosier*, l'ulcère tuberculeux a des caractères analogues à ceux que nous venons de décrire. Quand il siège à la gorge la déglutition est fort douloureuse, et l'alimentation peut devenir presque impossible.

Anatomie pathologique. — D'après Renaut et son élève Vallas, l'ulcération

« Les gommes dermiques sont superficielles ou profondes, isolées ou solitaires, agglomérées en groupes plus ou moins étendus, cohérentes ou confluentes, pisiformes, tuberculoïdes, nodulaires, ecthymatiformes ; d'autres fois elles s'étendent en nappes plus ou moins vastes, fréquemment ovalaires, olivaires, cylindroïdes, linéaires, digitiformes. Parfois, elles coexistent avec des gommes profondes.

« Leur marche et leur durée sont des plus variables ; mais ce qui est propre à toutes les formes et à toutes les variétés, c'est la longue durée de la période d'élimination, de décollement, d'ulcération et de cicatrisation, c'est la zone livide qui entoure les collections ouvertes, c'est la cicatrice plus ou moins vicieuse qui leur succède, longtemps livide, vascularisée, jamais pigmentée à sa périphérie. » (E. Besnier.)

On les observe dans toutes les régions du corps, en particulier à la face, aux régions rétro et sous-maxillaire, au cou, au thorax, sur les membres. Elles sont de tous les âges, mais surtout de l'adolescence. Il semble qu'elles soient sujettes à des poussées vers la fin de l'hiver et en automne.

Anatomie pathologique. — Au début la structure des gommes tuberculeuses est celle d'un tubercule cru classique. Plus tard leur paroi adhère aux tissus voisins par des prolongements périvasculaires. Cette poche a une surface tomenteuse, grisâtre. Elle renferme de nombreuses cellules géantes et parfois des bacilles tuberculeux. Le contenu de la gomme est un pus séreux, mal lié, contenant des grumeaux, parfois hémorragique. On n'y trouve que rarement des bacilles.

Diagnostic. — Il est toujours fort difficile. En réalité, quand on est en présence d'une gomme à évolution rapide, on doit avant tout penser à la syphilis ; quand son évolution est lente, il est prudent pour en préciser la nature, de pratiquer un examen histologique et bactériologique sérieux et de faire des inoculations aux animaux.

Traitement. — A *l'intérieur*, on instituera le traitement général de la tuberculose, sur lequel nous n'avons pas à insister. Comme agents ayant une action directe sur les lésions tuberculeuses, on a conseillé l'arsenic, la créosote, l'iodoforme, l'acide phénique, l'huile de Chaulmoogra *intus et extra* (R. Crocker), le chlorate de potasse, le chlorure de sodium, etc... Nous croyons que l'huile de foie de morue prise à très hautes doses pendant longtemps est le meilleur médicament interne. Viennent ensuite l'acide phénique, la créosote et l'arsenic, les eaux minérales arsenicales, telles que La Bourboule, et les eaux salines, telles que Salies de Béarn, Salins en Jura, Kreuznach, Bex en Valais, etc... Mais on sait combien le traitement interne médicamenteux pur a peu d'importance, combien même il peut être nuisible dans la cure de la tuberculose. C'est l'hygiène générale bien comprise, le séjour au grand air, la bonne alimentation, le repos physique et moral, l'héliothérapie etc... qui doivent jouer le rôle principal.

Au point de vue local, on peut, dans les premières périodes, avant l'ouverture au dehors, appliquer des compresses imbibées d'eaux mères de Salies, faire des badigeons avec de la teinture d'iode ou avec des solutions phéniquées : s'il se produit de vives réactions inflammatoires, on a momentanément recours aux émollients. Il nous a semblé que la photothérapie et la radiothérapie rendent des services.

Quand l'ouverture menace de se faire, ou quand la collection purulente prend de

trop grandes proportions, il vaut mieux ouvrir antiseptiquement ; on a aussi proposé, dans ce cas, de faire des ponctions aspiratrices.

Lorsque la collection est ouverte, il faut recourir à une médication plus active, injections de teinture d'iode, cautérisations au chlorure de zinc, applications de sublimé et de nitrate acide de mercure, et surtout raclages à la curette suivis de cautérisations au nitrate d'argent, d'applications de naphtol camphré, de lavages à l'eau oxygénée, au permanganate de potasse en solution au 1/1 000, d'injections d'éther iodoformé, de pansements à l'iodoforme pur ou mélangé de styrax, de pansements à l'iodol, à l'aristol, qui semblent donner dans ces cas de bons résultats.

On a beaucoup préconisé l'acide lactique contre toutes les tuberculoses locales (voir article *Lupus*). Rafin emploie une solution de 80 p. 100 d'acide lactique dans de l'eau. Suivant la sensibilité des personnes, nous nous sommes servis de l'acide lactique pur dont l'action caustique est assez énergique, et dont l'application est parfois fort douloureuse, ou bien de l'acide lactique coupé d'une à cinq parties d'eau.

Si les malades sont pusillanimes, il est bon d'insensibiliser les ulcérations avant de les cautériser.

Merveilleux dans les ulcérations tuberculeuses des muqueuses, l'acide lactique semble être un peu moins efficace dans celles de la peau. Cependant c'est un excellent topique; nous le combinons d'ordinaire avec les pansements au naphtol camphré, à l'iodoforme ou à l'aristol.

Quand c'est possible et quand l'état général du malade est excellent, il est indiqué de pratiquer l'ablation large des gommes tuberculeuses dermiques.

B. Lymphangites tuberculeuses. — C'est une forme morbide assez rare dont la nature réelle a été récemment mise en lumière grâce aux travaux de Merklen, Morel-Lavallée, Lejars, Goupil, etc...

Il est plus que probable que l'affection débute par une inoculation infectieuse au point où s'est faite cette inoculation (tatouage par un tuberculeux, lavages des objets ayant servi à des tuberculeux, etc...); il se forme un tubercule anatomique, une ulcération tuberculeuse, etc..., puis, peu à peu, il se dessine, partant de ce point, une lymphangite tuberculeuse portant çà et là sur son trajet des gommes tuberculeuses et aboutissant à des ganglions lymphatiques qui deviennent tuberculeux.

Ces lésions siègent surtout aux membres supérieurs, plus rarement aux inférieurs, plus rarement encore à la face.

On en a décrit quatre types :

1° *Type moniliforme ou en cordon noueux*. — Il est caractérisé par une série de tumeurs gommeuses qui s'échelonnent le long des lymphatiques, du poignet à l'aisselle par exemple : les plus inférieures qui sont les plus rapprochées de la plaie d'inoculation et les plus anciennes sont les plus volumineuses (d'une noisette à un œuf), fluctuantes ou ouvertes, les plus élevées sont petites (d'une lentille à un pois), dures : elles sont reliées par un cordon lymphatique formant une traînée saillante, ferme et sensible au toucher. Au bras ce cordon va d'un doigt à l'aisselle en suivant le bord radial : au membre inférieur il va du pied à l'aine en suivant la face interne de la cuisse.

2° *Type à foyers isolés*. — C'est le précédent, mais sans le cordon lymphatique perceptible au toucher qui réunit les divers foyers,

3° *Type lymphangiectasique.* — Ce type a été décrit par Hallopeau et Goupil : en voici les caractères d'après eux : apparition autour de l'extrémité d'un os d'abord d'une tuméfaction diffuse, puis de saillies, les unes isolées, les autres disposées en bourrelets plus ou moins volumineux, et dont l'aspect rappelle les varicosités de certaines phlébites. Ces saillies s'ouvrent et donnent issue à un liquide qui ressemble à de la lymphe pure ou mélangée de pus ; et l'écoulement peut être abondant au point que le matelas du patient en soit traversé. Des saillies semblables se développent en série ascendante sur le trajet des lymphatiques. Il s'y ajoute parfois des nodosités gommeuses qui peuvent également s'ouvrir, mais dont l'orifice ne présente pas cette saillie tubéreuse qui caractérise les lymphangiectasies fistuleuses : il est au contraire le plus souvent déprimé. Les parties malades sont tuméfiées et indurées : leur couleur est d'un rouge plus ou moins sombre et violacé. Une induration se produit sur le trajet des lymphatiques, et l'on peut observer à leur niveau un véritable cordon moniliforme, ou bien un large cordon à renflements inégaux. Mais la circonstance la plus remarquable est la présence, sur les lymphatiques, d'ampoules molles, souvent réductibles : ampoules du volume d'une noisette, de consistance fongueuse, faussement fluctuantes, et reposant sur un fond rouge. On peut enfoncer un stylet au milieu de ces saillies et l'y mouvoir sans résistance. D'autres fois on voit des vésicules très légèrement proéminentes, larges comme une lentille, entourées d'une zone d'un rouge violacé, rangées en traînées irrégulières, et qui laissent sourdre, quand on les pique avec une épingle, un liquide semblable à de la sérosité. Dans le pus des saillies en bourrelet, on trouve le bacille tuberculeux (Thèse de Goupil).

4° *Lymphangite réticulaire.* — Les gommes tuberculeuses peuvent se propager en foyers serpigineux.

Le traitement des lymphangites tuberculeuses est le même que celui des gommes tuberculeuses.

3° Tuberculoses suppuratives. — Laffitte (*Pratique Dermat.*), a groupé sous ce nom divers cas publiés par les auteurs, et dans lesquels il s'agit de suppurations plus superficielles que les gommes qui auraient été causées par le bacille de Koch. C'est ainsi que Gaucher a décrit chez les enfants des abcès dermiques tuberculeux superficiels donnant lieu à des ulcérations irrégulières, suintantes, lentes à se cicatriser, et une tuberculose pustulo-ulcéreuse ou ulcéro-crustacée qui est fréquemment associée à l'impétigo et qui a été confondue avec lui. Tous ces faits nous semblent peu démonstratifs et réclament de nouvelles recherches.

4° Tuberculoses végétantes. — Quand on parcourt les recueils de dermatologie, on trouve quelques faits de végétations considérables qui seraient de nature tuberculeuse et qui se sont développées autour de la vulve et de l'anus : nous croyons en avoir observé un fait au nez, et on en a publié en Amérique qui occupaient aussi cette région. Il est plus que probable que certains de ces cas ont contribué à constituer le type clinique auquel on avait donné autrefois le nom d'esthiomène (voir ce mot).

5° Tuberculose cutanée avec calcification de la peau. — A. Kraus (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. LXXIV, 1) a fait connaître un cas curieux d'infiltration tuberculeuse disséminée de la peau avec métamorphose régressive aboutissant à la calcification, de telle sorte que l'aspect des lésions était celui de petites tumeurs nodulaires inté-

ressant uniquement les téguments, indolores, d'aspect bleuâtre et de consistance très dure.

6° Tubercule anatomique et tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf. — A. Tubercule anatomique.

Symptômes. — On donne le nom de *tubercule anatomique* (*verruca necrogenica*)

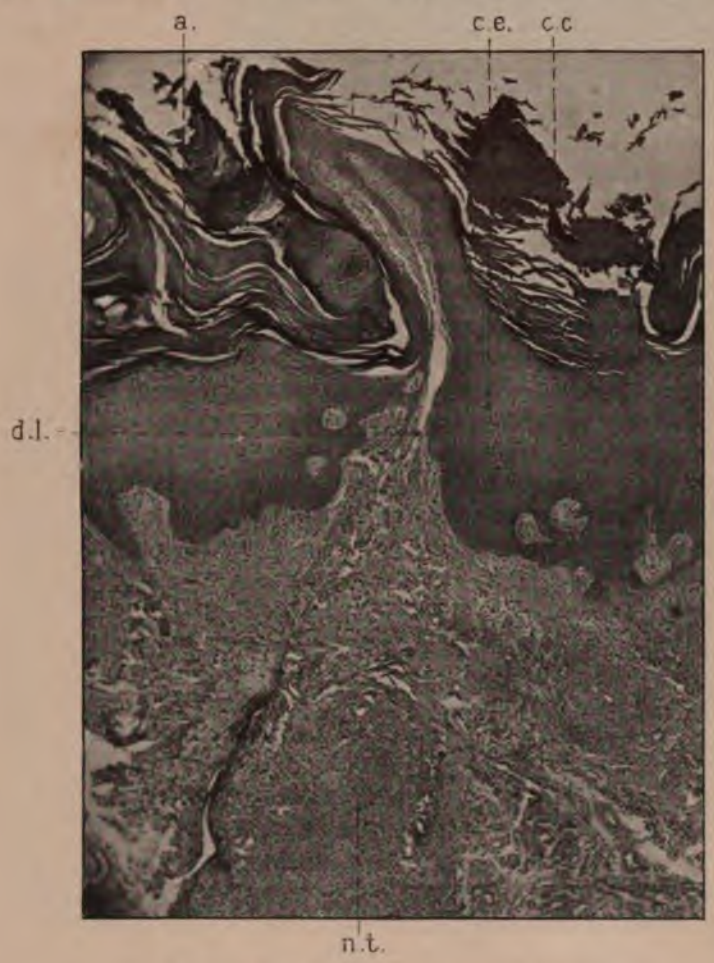


Fig. 89. — Tubercule anatomique (doigt).

a, abcès logé dans l'épiderme même ; sa cavité est maintenant remplie de débris épidermiques. — *c e*, couche cornée épaissie. — *c e*, couche épineuse énormément hyperacanthosée. — *d*, *l*, dilatation lymphatique. — *n t*, nodule tuberculeux, avec au centre, une cellule géante.

à une lésion cutanée à évolution des plus lentes qui se développe chez les anatomistes à la suite de piqûres qu'ils se sont faites avec des instruments servant aux autopsies ou aux dissections. Elle s'observe surtout aux doigts ou à la face dorsale de la main.

Elle commence quelques jours après l'inoculation sous la forme d'une petite ulcération qui persiste un certain temps, se recouvre de croûtes, et devient papillomateuse, ou bien sous celle d'une saillie papuleuse, dure, rouge, qui se surmonte

d'une croûte, au-dessous de laquelle la surface malade prend un aspect irrégulier, ou bien par un point d'hyperkératose sous lequel se produit une minuscule tache jaunâtre qui s'accroît progressivement. Peu à peu la lésion s'étend en surface, gagne en profondeur, se hérisse de saillies papillaires marquées, engainées le plus souvent de croûtes adhérentes, et simule alors un papillome corné.

Les bords en sont assez nets, saillants, arrondis ou serpigineux. La lésion peut revêtir uniquement l'aspect d'un papillome sec, ou bien présenter çà et là de petits foyers de suppuration. Parfois le centre s'affaisse, tandis que le processus morbide conserve toute son activité à la périphérie.

Le tubercule anatomique est dans quelques cas fort douloureux, parfois indolent. On l'a vu donner lieu à des foyers d'infection tuberculeuse secondaires le long des lymphatiques et des ganglions de l'avant-bras, du bras et de l'aisselle. Une tuberculose viscérale mortelle peut en résulter.

En somme, le tubercule anatomique est un lupus des plus virulents, qui doit être rangé dans les lupus scléreux papillomateux, et que nous ne décrivons à part que pour nous conformer à l'usage reçu. (Nous renvoyons donc pour de plus amples détails et surtout pour le traitement à l'article *lupus vulgaire*. Voir pour l'anatomie pathologique le mémoire d'Audry : *Soc. de dermat.*, 20 avril 1903.)

B. Tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf.

Symptômes. — Sous le nom de *tuberculose verruqueuse de la peau*, Riehl et Paltauf ont fait connaître, en 1885 et 1886, une forme de tuberculose de la peau qui, d'après eux, n'avait pas encore été décrite, et qui serait distincte des lupus, des scrofulodermes et des papillomes. Pour la plupart des auteurs qui se sont occupés depuis de cette affection, le lupus scléreux papillomateux, le tubercule anatomique, et la tuberculose verruqueuse de Riehl sont des dermatoses à peu près, sinon absolument, identiques. Quoi qu'il en soit, voici en quelques mots, d'après l'analyse donnée par Merklen dans les Annales de 1886, quels sont les grands caractères cliniques de la tuberculose verruqueuse de la peau.

Cette affection a pour siège habituel la face dorsale des mains et des doigts, et les espaces interdigitaux. Elle revêt l'aspect de plaques dont les dimensions varient de celles d'un pois à celles d'une pièce de cinq francs en argent : elles sont arrondies ou ovalaires, ou bien circinées et serpigineuses quand elles résultent de la confluence de plusieurs éléments primitifs. A l'état de complet développement, un placard présente : 1° *une zone périphérique érythémateuse*, qui disparaît sous la pression du doigt, et qui ne forme pas de saillie bien appréciable ; la peau y est lisse, quelquefois brillante ; les orifices glandulaires y sont nettement distincts; 2° *une deuxième zone plus interne*, au niveau de laquelle on remarque de petites pustules très superficielles ou bien des croûtelles arrondies et des squames, vestiges des pustules ; la peau y est d'un brun livide, et reste jaunâtre sous la pression du doigt; elle est légèrement infiltrée ; 3° *une troisième zone plus centrale encore* formant une saillie de 2 à 5 millimètres au-dessus du niveau des téguments, caractérisée par un aspect irrégulier, hérissée de saillies papillomateuses d'autant plus accentuées que l'on se rapproche davantage du centre : ces saillies sont recouvertes de croûtes adhérentes d'épiderme corné. Dans l'intervalle de ces papillomes se voient des fissures, des rhagades, de petits abcès intradermiques, de telle sorte que par la pression on peut faire sourdre des gouttelettes de pus.

Au bout d'un certain temps, l'affection rétrocède ; les saillies verruqueuses s'af-

faissent, tendent à disparaître : il se produit une cicatrice squameuse, mince, superficielle, ayant un aspect criblé ou réticulé sur fond violacé.

La tuberculose verruqueuse de la peau est fort sensible à la pression et même au simple contact.

Sa durée est très longue : elle varie de deux à quinze ans ; son extension est irrégulière et intermittente ; elle peut se faire par toute la péripherie, fort souvent par un ou plusieurs points seulement, de telle sorte qu'elle suit une marche serpigineuse.

Cette affection s'observe surtout chez des sujets vigoureux, ayant pour la plupart des occupations qui les mettent en contact avec des animaux domestiques.

Anatomie pathologique. — Les lésions siègent dans les couches superficielles du derme et n'atteignent qu'exceptionnellement le niveau des glandes sudoripares, à

Fig. 90. — Tuberculose verruqueuse.

c c, couche cornée augmentée. — *c e*, couche épineuse. — *c gr*, couche granuleuse augmentée. — *c e a*, couche en hyperacanthose intense. — *a*, orifice de l'abcès miliaire développé dans l'épaisseur de l'épiderme, ouvert d'un côté à l'extérieur, continu avec : *i*, *i*, l'infiltration intense sous-jacente. — *c g*, cellules géantes et petit nodule tuberculeux.

l'inverse des lésions des lupus vrais, qui infiltrent le derme dans toute son épaisseur.

Elles sont essentiellement constituées par des nodosités ayant tous les caractères histologiques de la granulation tuberculeuse et du follicule tuberculeux. Les glandes sébacées et les follicules pileux sont détruits par le processus morbide lorsqu'il est arrivé à son acmé, de telle sorte qu'on ne les retrouve plus dans les cicatrices. Le pus se forme dans les granulations qui sont situées immédiatement

sous l'épiderme ; il constitue de tout petits foyers qui soulèvent l'épiderme, le détruisent, et donnent ainsi naissance à des abcès miliaires : ceux-ci se comblent rapidement par prolifération épithéliale.

Dans cette affection, les papillomes seraient primitifs et se développeraient avec les nodules ; ils ne seraient pas consécutifs à l'ulcération des tubercules comme dans le lupus papillomateux.

Riehl et Paltauf ont trouvé dans leurs coupes des bacilles tuberculeux en grande quantité ; aussi concluent-ils à la nature tuberculeuse de cette lésion.

Deux autres caractères différentiels importants séparent, d'après Riehl et Paltauf, la tuberculose verruqueuse du lupus : ce sont, d'une part, sa bénignité, et, d'autre part, l'absence constante d'infection générale secondaire.

Traitement. — Le traitement rationnel de la tuberculose verruqueuse est celui du tubercule anatomique et du lupus scléreux ; il consiste à détruire la production morbide par l'excision, le raclage, ou le fer rouge (galvan-ocautère ou thermocautère) ; puis on fait des pansements antiseptiques rigoureux à l'iodoforme, à l'ectogan ou à l'aristol (voir, pour plus de détails, l'article Lupus).

7° **Lupus**. — A l'étranger, on décrit sous le nom de *lupus* deux maladies tout à fait différentes l'une de l'autre : *A*, le *lupus vulgaris*, sur la nature duquel tout le monde est actuellement d'accord et qui est une variété assez spéciale d'aspect et d'allures de tuberculose cutanée ; *B*, le *lupus erythematosus* dont la nature réelle serait encore inconnue. En France, les principaux dermatologistes soutiennent que ce ne sont là que deux variétés d'une seule et même affection. Pour eux les diverses formes de lupus doivent être considérées comme étant de la tuberculose cutanée, et cette conception est vraiment séduisante par sa netteté et sa simplicité. Cependant il y aurait entre les deux grandes variétés de lupus cette différence que le lupus vulgaire serait bien réellement une tuberculose locale, tandis que le lupus érythémateux serait une tuberculide.

Nous décrirons donc à part :

A. Le *lupus vulgaire* sur lequel tout le monde s'entend au point de vue clinique, et ses diverses variétés ;

B. Les dermatoses décrites jusqu'ici sous le nom de *lupus érythémateux* et qui nous paraissent, au point de vue clinique, devoir être subdivisées en deux grandes variétés :

a) Le *lupus érythémateux superficiel aberrant* ou *érythème centrifuge* ; *b*) le *lupus érythémateux fixe* (voir *Tuberculides*).

A. Lupus vulgaire.

Symptômes. — Beaucoup d'auteurs appellent communément le *lupus vulgaire lupus tuberculeux*, parce que dans sa forme la plus habituelle il est constitué par des éléments primitifs de l'ordre des tubercules.

Ces éléments primitifs sont de petits grains d'un rouge jaunâtre plus ou moins clairs et comme translucides, ressemblant à du sucre d'orge ou à de la gelée de pomme, enchâssés dans le derme, et recouverts d'épiderme au travers duquel on les voit par transparence. Il s'en produit tout d'abord un ou plusieurs de la grosseur d'une tête d'épingle, isolés les uns des autres ou groupés, le plus souvent sur la joue, le nez ou en quelque autre endroit de la face, plus rarement sur les membres ou sur le corps. Peu à peu ils se développent, augmentent de volume, arri-

vent même parfois à faire une certaine saillie et à être perceptibles au toucher. Quoiqu'ils ne soient réellement pas fort douloureux ni spontanément ni à la pression, ils sont le siège d'une certaine sensibilité des plus caractérisées, qui fait que le malade se recule et proteste lorsqu'on les palpe avec peu de précaution. Un autre de leurs caractères et des plus importants, qu'ils conservent dans toutes les phases de leur évolution, surtout lorsqu'ils tendent à la destruction rapide des tissus, c'est leur mollesse, et la facilité avec laquelle ils se laissent dilacérer par les instruments tranchants. A mesure qu'ils grossissent, ils se multiplient ; il s'en forme d'autres tout autour. Dès lors, l'évolution est des plus variables suivant les cas, et il en résulte une infinité de formes ou de variétés.

Fig. 91. — Lupus vulgaire de la face à foyers disséminés.

Si les tubercules restent discrets, assez peu nombreux, isolés les uns des autres, on a le *lupus tuberculeux disséminé*, qui reste peu étendu ou qui gagne d'assez vastes surfaces ; dans quelques cas il suit une marche centrifuge : les tubercules sont au niveau des téguments, ou bien ils font des saillies notables sous forme de boutons jaunâtres simulant plus ou moins des syphilides.

Les nodules sont parfois très nombreux et s'observent çà et là sur toute l'étendue des téguments. Cette forme se développe surtout à la suite de la rougeole, et, chose remarquable, elle a une certaine tendance à la guérison spontanée (voir le travail de Franz von Veress sur le lupus vulgaris post-exanthematicus ; *Monatshefte f. prak. derm.*, 1er juin 1905). Nous en avons observé des cas.

Fig. 92. — Lupus vulgaire de la joue.

On y voit nettement à la périphérie des tubercules disséminés.

Il existe aussi une variété dans laquelle des nodules lupiques isolés, typiques comme aspect, transparents, criblent en quelque sorte les joues. Cette forme, assez peu grave, simule la lésion à laquelle on a donné le nom d'acné colloïdienne : elle est facilement curable par la galvano-cautérisation.

Il est plus fréquent de voir les tubercules se réunir, devenir confluents, c'est le *lupus tuberculeux agminé*.

Ce lupus tuberculeux agminé peut continuer à évoluer sans s'ulcérer, c'est le *lupus tuberculeux non exedens* ; il peut s'ulcérer d'emblée (*lupus tuberculeux exedens ou ulcéreux*) ; il peut être d'abord non exedens, puis devenir exedens en totalité ou beaucoup plus fréquemment en partie [1].

[1] Les classifications proposées pour les diverses variétés de lupus sont multiples, et l'on s'y perd. Il est vraiment difficile, sinon impossible, de reconnaître à quel cas correspondent certaines des si nombreuses dénominations que l'on trouve dans les auteurs. Une des divisions le plus en honneur (Leloir, E. Besnier, Lenglet) distingue les lupus en : 1° *Lupus plan* (au niveau du derme), à évolution lente, rarement ulcéreux et phagédénique, et en : 2° *Lupus élevé*, (faisant saillie au-dessus du niveau des téguments) à allures rapides, beaucoup plus malin que le précédent, ayant de la tendance à l'ulcération et au phagédénisme.

Lupus tuberculeux non exedens. — Le lupus tuberculeux disséminé rentre lui-même le plus souvent dans cette catégorie. Les variétés décrites de lupus tuberculeux non exedens sont innombrables. Disons tout d'abord que les tubercules du début peuvent rester reconnaissables dans la masse et surtout à la périphérie où il n'est pas rare d'en rencontrer quelques-uns isolés qui constituent les points d'attaque ou d'envahissement de l'affection. Mais il peut se faire aussi qu'il soit absolument impossible de reconnaître l'élément primitif dans le gâteau lupique parvenu à l'état adulte. Dans quelques-uns de ces cas on rendra cependant visible la matière d'un jaune transparent si caractéristique en tendant fortement les téguments, ou en les comprimant avec une lame de verre d'après la méthode d'exploration préconisée par Unna.

Fig. 93. — Lupus vulgaire du nez avec infiltration profonde des tissus et nodules lupiques périphériques disséminés.

Les plaques de lupus peuvent être uniques ou multiples chez le même malade : chez quelques-uns elles sont fort nombreuses et petites ; c'est presque une éruption d'éléments lupiques disséminés çà et là sans ordre aucun. Il est plus fréquent d'observer chez un sujet une, deux, ou plusieurs plaques lupiques plus ou moins étendues.

Si la néoplasie n'infiltre pas profondément le derme, et ne fait pas une saillie notable, c'est le *lupus plan* ou *maculeux* (Neumann), variété à laquelle se relient les lupus dits *exfoliants, squameux, psoriasiformes*, dont l'épithète dénonce bien l'aspect.

Si la masse est jaunâtre transparente, infiltre modérément la peau, et fait une légère saillie au-dessus du niveau des téguments, on a la *forme ordinaire* regardée comme typique du *lupus tuberculeux non exedens*. La plaque, surtout si elle est jeune et petite, peut être également infiltrée dans toute son étendue. Dans la majorité des cas, à mesure qu'elle s'agrandit, son centre tend à s'affaisser ; les tubercules y évoluent spontanément vers la guérison : ils deviennent flasques, se décolorent, s'affaissent, l'épiderme desquame à leur niveau, et ils finissent par disparaître peu à peu en laissant à leur place un tissu cicatriciel souvent traversé par des tractus blanchâtres, dans lequel on retrouve par place des tubercules ou des vestiges de tubercules. Dès lors, suivant les cas, la lésion affecte les aspects suivants : *marginé, excentrique, linéaire, en corymbe, circiné, serpigineux.* Dans quelques cas, les tubercules sont vitreux, demi-opaques, et renferment de petits kystes provenant de la dégénérescence colloïde d'une partie des éléments (*lupus vulgaire, variété colloïde* de Leloir). Dans d'autres cas, les tubercules font une saillie des plus notables ; ils sont volumineux, turgides, en quelque sorte mollasses, gélatiniformes et présen-

Fig. 94. — Lupus tumidus non exedens de la face (Forme éminemment rebelle, à marche extensive lente et progressive).

tent à leur surface de fines arborisations vasculaires : ces variétés sont dites *myxomateuses*.

Parfois les tubercules extrêmement serrés les uns à côté des autres constituent une masse jaunâtre, épaisse, homogène d'aspect, qui infiltre très profondément le derme et semble même aller jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. Cette forme est des plus rebelles ; il faut y rattacher les *lupus turgescents* de divers auteurs ; elle est en outre caractérisée par sa tendance lente à l'extension, par sa résistance au traitement, et par ce fait qu'elle ne s'ulcère jamais. C'est le *lupus tumidus non exedens*.

Fig. 95. — Lupus mou exubérant presque myxomateux du lobule de l'oreille.

Tout à côté d'elle, nous devons en signaler une autre, dans laquelle les tubercules semblent s'entourer d'une induration cartilagineuse des plus profondes qui constitue un gâteau épais dans lequel il est fort difficile d'aller détruire l'élément lupique : certains de ces faits ont été rangés par des auteurs dans le lupus érythémateux ; ils sont caractérisés par leur fixité, par leur siège habituel à une joue, par une apparence extérieure de lupus érythémateux (*rougeur, piqueté et tractus blanchâtres, croûtes adhérentes*) et par une infiltration profonde quasi cartilagineuse des téguments.

Le *lupus érythémato-tuberculeux* d'E. Vidal et Leloir doit être placé à côté de la forme précédente. C'est un lupus mixte dans lequel l'élément lupus érythémateux masque les nodules tuberculeux sous-jacents.

Lenglet a fait connaître, d'après nos observations et celles de Leredde, les *lupus congestifs du bout du nez* dans lesquels l'organe est volumineux, turgide, violacé et froid : le sang qui en sort donne à la main une impression de basse température. Ils coïncident presque toujours avec des lupus latents de la muqueuse nasale.

A côté de cette forme nous devons signaler la variété dite *lupus pernio* du nez, dans laquelle sous l'aspect érythémateux violacé on trouve des tubercules lupiques[1].

Parfois les nodules lupiques provoquent un œdème accentué de la face, c'est le *lupus œdémateux*.

Avec Jacquet nous avons observé une forme spéciale de lupus de la face (*lupus annulaire*) à marche extensive centrifuge et dont la lésion élémentaire reportée à la périphérie est constituée par une série linéaire de petits nodules, transparents, comme perlés, presque tangents, formant une zone d'extension de 2 à 4 millimètres de large, indurée, un peu croûtelleuse, entourant la zone centrale qui est déprimée, légèrement cicatricielle. Cette forme est remarquable par sa virulence. Les sujets qui en sont atteints succombent rapidement à la tuberculose.

E. Besnier a décrit un *lupus angiomateux* dont la vascularisation est telle qu'il peut simuler une tumeur érectile. Nous en avons observé un cas.

Lupus ulcéreux ou exedens. — Le lupus ulcéreux peut l'être pour ainsi dire d'emblée, comme dans les formes superficielles dites *scrofulides tuberculeuses* par Hardy. Dans ce cas on voit se former des sortes de petits abcès dermiques reposant sur une base rouge plus ou moins infiltrée, qui s'ouvrent à l'extérieur, et qui simulent assez grossièrement des éléments d'acné.

[1] Le *lupus pernio vrai*, qui siège au bout du nez, aux pommettes, aux oreilles et aux mains, doit être rangé dans le lupus érythémateux, c'est-à-dire dans les tuberculides ; on n'observe pas en effet dans cette forme clinique de nodule lupique vrai. Kreibich (*Archiv. f. dermat.*, t. LXXI, p. 3) croit que c'est une affection à part et nullement une variété du lupus vulgaire.

A ce type se rattache le *lupus ulcéreux serpigineux*, qui est caractérisé par une évolution excentrique avec guérison centrale cicatricielle et production à la périphérie de petits abcès miliaires disposés linéairement de façon à figurer des circinations. Les bords sont rouges, infiltrés, friables, criblés, comme nous venons de le dire, de petites ulcérations un peu fongueuses. Cette lésion s'observe le plus souvent chez des sujets manifestement strumeux, ayant des cicatrices anciennes d'adénites suppurées, des sommets douteux, ou présentant déjà des signes de tuberculose faciles à reconnaître, et chez lesquels une enquête minutieuse révèle, comme d'ailleurs dans presque tous les cas de lupus vulgaire ou de lupus érythémateux fixes, des antécédents de phymatose chez les ascendants, les collatéraux ou les familiers de la maison.

Fig. 96. — Lupus ulcéreux du lobule de l'oreille et de la région voisine de la joue.
On voit à la partie inférieure une cicatrice de guérison.

Fig. 97. — Lupus ulcéreux de la région préauriculaire.

Cette forme est le plus souvent superficielle à la face ; aux membres elle peut être profonde. Elle se complique alors d'un processus hyperplasique de tissu fibreux et de productions verruqueuses plus ou moins marquées, parfois géantes. Elle suit toujours d'ailleurs son évolution excentrique. C'est à cette variété que l'on doit rattacher les *scrofulides serpigineuses verruqueuses, végétantes, papillomateuses, les lupus scléreux papillomateux éléphantiasiques*.

Le *lupus scléreux* proprement dit d'E. Vidal (*scrofulide verruqueuse de Hardy*) siège surtout aux extrémités, aux mains et aux pieds : nous l'avons observé au cuir chevelu où il forme des végétations exubérantes. Il est caractérisé par une marche centrifuge avec tendance à la production d'une cicatrice scléreuse centrale, tandis que la périphérie prolifère. Le bourrelet périphérique qui environne la dépression centrale est constitué par des saillies papillomateuses séparées les unes des autres par des sillons secondaires et principaux qui deviennent parfois de véritables fissures profondes et suintantes, plus ou moins développées et irrégulières, recouvertes de croûtes grisâtres ou noirâtres, adhérentes, reposant sur un tissu induré scléreux, criblé par place de petits abcès intra-dermiques cratériformes dont on fait sortir le pus par expression. Cette variété devient souvent mutilante et déformante pour les extrémités : elle amène des déviations, des soudures des doigts ou des orteils.

Fig. 98. — Lupus scléreux papillomateux du doigt.

Dans les formes *hypertrophiques et éléphantiasiques*, la production de tissu scléreux et papillomateux est telle que les membres inférieurs sont élargis, déformés et ressemblent tout à fait à des jambes atteintes d'éléphantiasis : mais les circinations verruqueuses avec abcès intra-dermiques en activité

qui existent à la périphérie des lésions permettent toujours de faire le diagnostic.

C'est probablement à ces variétés qu'il faut rattacher le *tubercule anatomique* et la *tuberculose verruqueuse de la peau de Riehl et Paltauf* (voir ces mots), dont la description clinique se confond pour ainsi dire avec celle du lupus scléreux.

Toutes ces diverses tuberculoses locales des membres donnent souvent naissance à des foyers d'infection secondaires superficiels ou profonds, le long du trajet des lymphatiques ou dans les ganglions.

Il est fréquent de voir un lupus primitivement non exedens devenir exedens. Le tubercule s'enflamme, se ramollit dans sa partie superficielle ou dans toute son étendue, les téguments périphériques rougissent, se tuméfient, l'épiderme disparaît, et le foyer s'ouvre à l'extérieur. Il se recouvre pour ainsi dire immédiatement de croûtes jaunâtres ou mieux noirâtres au-dessous desquelles on trouve une ulcération cratériforme plus ou moins étendue et profonde baignée de pus, fongueuse et bourgeonnante. Parfois ces ulcérations reposent sur des tissus très profondément infiltrés, tuméfiés, presque gélatiniformes, dans lesquels un intrument tranchant pénètre jusqu'à un ou deux centimètres avant de trouver les tissus sains. Si les bourgeons charnus sont fort développés, on a les *formes fongueuses et végétantes* si fréquentes au nez qu'elles transforment parfois en une sorte de tomate, et dont elles doublent ou triplent le volume. Si les ulcérations sont profondes, on a les *formes perforantes, térébrantes* si fréquentes aux narines, à la cloison, etc... Si l'ulcération marche avec une grande rapidité et fait disparaître promptement les tissus normaux, on a les *formes vorax ou phagédéniques*, lesquelles causent d'épouvantables mutilations, en détruisant les lèvres, le nez, les paupières, le voile du palais, etc... Ainsi que nous l'avons dit plus haut, certains points d'un lupus peuvent devenir ulcéreux et même phagédéniques, alors que d'autres points éloignés ou voisins restent à l'état de lupus tuberculeux non exedens.

Fig. 99. — Lupus scléreux papillomateux de la main, avec foyers d'infection tout le long de l'avant-bras suivant le trajet des lymphatiques.

Lupus vulgaire selon le siège. — Le lupus vulgaire présente, selon les régions où il se développe, quelques aspects particuliers que nous allons rapidement signaler.

Il est fort rare mais possible au cuir chevelu : les joues et le nez, c'est-à-dire les parties découvertes et non protégées de la face, en sont le siège de prédilection. C'est surtout au nez, à la lèvre supérieure et à l'oreille qu'il affecte les formes ulcéreuses graves térébrantes et phagédéniques. Le lupus des narines peut causer l'atrésie et même l'oblitération complète de ces orifices : il faut songer à la possibilité de cette complication et la combattre constamment par des moyens de dilatation appropriés, quand on a affaire à cette localisation. A la joue, vers la pommette, la forme discoïde ou nummulaire à marche lente et torpide est commune.

Le lupus peut gagner le conduit auditif, la membrane du tympan, l'oreille moyenne, et déterminer ainsi une otite des plus graves.

Aux paupières il est fréquent de lui voir causer des ectropions par voisinage, ou envahir les conjonctives, surtout vers le conduit lacrymal, et, dans ce cas, c'est presque toujours une propagation d'un lupus des fosses nasales. Il peut même s'étendre sur la cornée et y former un pannus fongueux.

Sur les membres le lupus affecte d'ordinaire la forme verruqueuse serpigineuse : il est parfois hypertrophique et éléphantiasique aux jambes et aux pieds, et parfois mutilant aux mains et aux orteils.

Lupus vulgaire des muqueuses. — Le lupus peut aussi envahir les muqueuses. Nous venons de voir qu'il s'étend assez souvent à la conjonctive palpébrale et bulbaire : rien n'est plus fréquent que de le constater à la muqueuse nasale quand le nez est pris, et même aux gencives, à la voûte palatine, au voile du palais quand ce sont les lèvres qui sont intéressées.

Fig. 100.
Lupus de la langue.

Il est plus juste de dire que la muqueuse nasale est une des localisations d'élection du lupus, et que la plupart sinon la totalité (Audry) des lupus du nez ne sont que des propagations à la peau d'un lupus de la muqueuse. Il peut y rester à l'état latent pendant fort longtemps ; très souvent il détermine une perforation plus ou moins considérable de la cloison. Les conduits lacrymaux peuvent être envahis secondairement, d'où l'existence d'épiphora. Le début se fait d'ordinaire par la partie antérieure de la cloison. On y constate des croûtes adhérentes qui se reproduisent constamment et au-dessous desquelles la muqueuse est tuméfiée, mamelonnée; puis des ulcérations peuvent survenir.

Le lupus des muqueuses est fort difficile à diagnostiquer au début, à moins qu'il ne coïncide avec un lupus caractéristique des téguments. Plus tard, il devient reconnaissable à la rougeur de la muqueuse qui est inégale, comme mamelonnée, et qui présente de petites saillies qui saignent au moindre contact. Parfois l'épithélium le recouvre d'un voile grisâtre ; plus souvent il s'exulcère, et il se forme de larges plaques d'un rouge vif à surface granuleuse. On y observe d'ailleurs les mêmes variétés que sur les téguments. Le lupus peut y être plan, guérir au centre avec une cicatrice et évoluer à la périphérie. Il peut bourgeonner, s'ulcérer, devenir fongueux, térébrant, phagédénique, détruire, comme nous venons de le dire, la cloison des fosses nasales, le voile du palais, le pharynx, produire des symphyses palato-pharyngées. Parfois il gagne le larynx, les cordes vocales, l'épiglotte, et cause des troubles de la déglutition, de la respiration, etc...

Le lupus de la langue est une rareté pathologique, mais il existe : nous en avons vu plusieurs cas[1]. On a décrit le lupus du scrotum, du pénis, et celui de la vulve,

[1] Nous avons en outre assez souvent observé sur la face dorsale de la langue, exactement sur la ligne médiane, à 1 ou 2 centimètres en avant du V lingual, une lésion très spéciale d'aspect, caractérisée par une desquamation et même une dépapillation apparente de la muqueuse, qui est d'un rouge foncé presque violacé, épaissie, mamelonnée par places : certains de ces mamelons sont jaunâtres au centre. Cette lésion s'étale fort lentement par la périphérie, gagnant surtout dans le sens antéro-postérieur le long du raphé médian. Elle est indolente ; les injections de calomel semblent parfois la modifier, mais ce n'est certainement pas un syphilome.

qui a été peut-être confondu avec des affections d'autre nature sous le nom d'*esthiomène ;* c'est une localisation des plus rares, et sur laquelle nous ne pouvons donner de détails dans un ouvrage aussi élémentaire.

Évolution. — Marche. — Ce qui caractérise surtout la marche du lupus vulgaire, c'est sa longue durée. Il débute presque toujours pendant le jeune âge, pendant l'enfance ou l'adolescence, et il met plusieurs mois ou plusieurs années à évoluer. Il peut disparaître spontanément suivant le processus que nous avons indiqué plus haut en laissant une cicatrice. Il peut rester presque stationnaire pendant fort longtemps; il peut aussi progresser constamment, quoique avec lenteur et gagner presque toute la face ou de vastes étendues sur les membres ou sur le tronc.

Il évolue parfois vers l'ulcération quand il n'est pas ulcéreux d'emblée; parfois il devient térébrant, phagédénique, provoque, comme nous l'avons vu, des mutilations considérables, puis s'arrête et même guérit spontanément. Les cicatrices sont dans certains cas très apparentes, vicieuses, et peuvent même, quand elles siègent aux orifices, entraîner une atrésie complète ou presque complète des narines, de la bouche, de l'ectropion, etc... Elles sont souvent le point de départ de récidives. Elles peuvent être chéloïdiennes.

Enfin, après guérison complète ou apparente, le lupus vulgaire peut récidiver *in situ*.

Complications. — Les adénites sont une des complications possibles de cette affection : dans quelques cas, elles s'enflamment et suppurent. Pour E. Besnier, elles sont dues à la pénétration dans les voies lymphatiques du bacille de la tuberculose et à l'infection plus profonde de l'économie par ce bacille. (Voir, pour plus de détails, Leloir, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890, p. 551.) Puis l'agent morbide pénétrerait plus profondément encore, arriverait aux divers viscères, aux poumons en particulier.

Cette fréquence de l'infection tuberculeuse secondaire chez les malades atteints de lupus a été fort discutée : admise sans conteste et comme parfaitement démontrée par les uns, elle a été niée avec non moins d'énergie par les autres, qui font remarquer qu'elle s'observe surtout à l'hôpital chez les malades soumis en somme à une mauvaise hygiène et à toutes les causes de contamination et d'affaiblissement qu'entraîne l'hospitalisation prolongée. Elle nous paraît être au-dessus de toute discussion. Nous avons même vu des lupus chroniques se terminer par des méningites, par des péritonites tuberculeuses, par de la granulie, etc...

Parmi les complications locales du lupus, signalons des phénomènes de congestion, d'inflammation, de l'œdème persistant des parties envahies et parfois des régions voisines, des lymphangites, des érysipèles qui sont assez fréquents et qui sont remarquables par leur bénignité, par leur rapidité d'évolution, souvent même par une sorte d'action curative qu'ils exercent sur le lupus.

Vidal, Leloir et nous-même nous avons observé chez certains lupiques, sous des influences que nous n'avons pas pu préciser, des sortes de poussées congestives, d'un rouge intense, avec tuméfaction, absolument analogues aux réactions de la tuberculine. Elles s'accompagnent souvent de fièvre. Peu à peu elles se dissipent, parfois après plusieurs fluxions successives; d'ordinaire à leur suite le mal a gagné en étendue, mais s'est considérablement affaissé en d'autres points, absolument comme après l'injection de tuberculine. Nous croyons que ces accidents doivent tenir à des sortes de décharges toxiniques de nature tuberculeuse.

Le lupus vulgaire peut se compliquer d'*épithéliome :* on le voit alors changer

d'aspect ; il se forme en un point une sorte de tumeur arrondie plus ou moins saillante, quelquefois même comme pédiculée, à bords renversés, indurés, à surface fongueuse d'un rouge pâle saignant facilement et recouverte de croûtes épaisses d'un jaune noirâtre. Cette nouvelle néoplasie évolue avec une assez grande rapidité, envahit et détruit très vite les tissus profonds et cause la mort par le marasme.

Il est fréquent de voir se former à la surface des lupus, surtout lorsqu'ils ont été traités par les scarifications, de petits grains miliaires blanchâtres de milium ou grutum.

Fig. 101. — Lupus scléreux papillomateux de la main et des doigts ayant subi la dégénérescence épithéliomateuse.

La *syphilis tertiaire acquise ou héréditaire* peut venir compliquer le lupus et se mélanger à lui de la manière la plus intime en formant des lésions hybrides dont le diagnostic présente la plus extrême difficulté. Sous l'influence du traitement mercuriel, des injections de calomel en particulier, on voit alors se produire avec rapidité une grande amélioration ; puis tout s'arrête ; le traitement antisyphilitique ne donne plus de résultat, et il faut recourir à la médication lupique qui à son tour donne des améliorations.

Inversement si l'on a commencé dans ces cas à scarifier, on voit bientôt l'amélioration ne plus se produire, les lésions donnent au couteau une sensation de dureté particulière : les injections mercurielles modifient en bien ces symptômes.

Diagnostic. — L'affection avec laquelle on confond le plus communément le lupus, c'est la *syphilis*. Dans beaucoup de cas, en dehors même des faits hybrides dont nous venons de parler, le diagnostic n'est possible que par le traitement. On peut dire cependant d'une manière générale que le lupus évolue bien plus lentement que la syphilis, et que, lorsque l'on se trouve en présence d'une lésion de moyenne grandeur qui a mis plusieurs années à se produire, il y a de très fortes présomptions pour que l'on ait affaire à un lupus. Les autres caractères différentiels qui permettent de distinguer le lupus des lésions syphilitiques sont fort nombreux, mais moins importants.

Le lupus vulgaire a une moindre tendance que les *syphilides tuberculeuses* à s'ulcérer, à prendre une marche extensive serpigineuse. Quand il le fait, le centre cicatriciel présente quelques tubercules disséminés çà et là dans les tractus fibreux, ce qui n'arrive jamais dans la syphilis. Le tubercule lupique ne ressemble pas tout à fait à l'élément syphilitique ; il est plus jaune, plus transparent ; il se laisse beaucoup plus facilement dilacérer.

Cependant les formes scléreuses serpigineuses du lupus peuvent simuler com-

plètement les syphilides tuberculo-ulcéreuses et tuberculo-croûteuses. Les cicatrices du lupus sont plus inégales, plus gaufrées que celles de la syphilis dont les bords sont d'ordinaire fortement pigmentés.

Les formes ulcéreuses du lupus, en particulier celles du nez et de la lèvre supérieure, sont aussi des plus difficiles à distinguer des lésions syphilitiques, d'autant plus qu'elles évoluent très vite dans certains cas. Cependant les ulcérations lupiques sont presque toujours moins considérables, moins profondes, plus déchiquetées, plus anfractueuses que celles de la syphilis. Les croûtes qui les recouvrent sont enchâssées, plus molles, d'un brun jaunâtre, et rarement brunes ou verdâtres comme celles de la syphilis (Fournier). Il n'en est pas moins vrai que trop souvent le diagnostic ne sera possible que par le traitement antisyphilitique.

Les gros tubercules de lupus pourraient peut-être à la rigueur être pris pour des tubercules de *lèpre :* ils n'en ont ni la couleur spéciale, ni l'opacité, ni la consistance, ni l'insensibilité (voir *Lèpre.*)

Nous avons dit comment on reconnaît que le lupus se complique d'*épithéliome*.

Le *sycosis lupoïde* en diffère par sa tendance nettement cicatricielle, par la présence de folliculites suppurées dans la zone d'extension périphérique, par sa limitation absolue aux parties velues de la face.

La *rhinosclérome* est exclusivement limité à la lèvre supérieure : sa consistance est dure, quasi-cartilagineuse.

Le *bouton de Biskra* est extrêmement difficile à distinguer du lupus scléreux papillomateux. Son évolution est plus rapide, sa surface plus mamelonnée, sa croûte plus adhérente, etc. et la notion étiologique intervient presque toujours pour préciser le diagnostic.

L'*actinomycose* de la face s'accompagne souvent de trismus : les lésions ont l'aspect de nodules volumineux ramollis ou profondément ulcérés, à bords décollés, taillés à pic, avec infiltration des téguments périphériques qui sont d'un rouge livide ou violacés et largement indurés.

La *blastomycose* simule à la fois le lupus ulcéré et l'épithéliome. Elle est surtout caractérisée par une papillomatose accentuée assez analogue à celle du lupus scléreux : mais la blastomycose se développe surtout à la face, tandis que le lupus scléreux ne s'observe guère qu'aux membres.

La morve se manifeste d'abord par des sortes d'abcès violacés qui laissent des ulcérations profondes, à bords mollasses, livides, déchiquetés, etc... Tout cela est bien différent du lupus, et ressemblerait plutôt un peu aux gommes tuberculeuses.

Quelques médecins inexpérimentés confondent les lupus superficiels avec les *eczémas*, les *impétigos* ou les *psoriasis*. Il nous suffit de mentionner la possibilité de ces erreurs.

Quant au lupus des muqueuses, son diagnostic est des plus difficiles quand il est primitif. Dans ses formes ulcéreuses, il diffère des *ulcérations dites tuberculeuses vraies* en ce que ses ulcérations ne sont pas déchiquetées, taillées à pic, douloureuses, et entourées d'un semis de points jaunes. Dans ses formes térébrantes et phagédéniques, il diffère des *syphilides ulcéreuses* par sa marche plus torpide, par ses ulcérations mamelonnées, granuleuses, peu inflammatoires, par sa tendance à respecter le système osseux. Dans ses formes superficielles il diffère du *syphilome en nappe* superficiel si fréquent dans la cavité buccale, par l'intégrité de la langue, par une surface plus inégale et moins mamelonnée, par une induration moindre des tissus. Il se distingue enfin de *l'épithéliome* par l'absence de bords durs presque

cartilagineux, et par le peu de tuméfaction qui accompagne les lésions les plus destructives.

Dans les cas tout à fait douteux, on peut employer les injections de tuberculine pour préciser le diagnostic. Cependant il faut savoir que parfois d'autres lésions que les lésions tuberculeuses réagissent sous l'influence de cet agent.

Étiologie. — Le lupus vulgaire débute d'ordinaire pendant l'enfance et la jeunesse : son maximum de fréquence comme époque de début est de un à trente ans ; on l'a vu survenir à six mois et à plus de cinquante ans. Les femmes y sont plus prédisposées que les hommes.

Le lupus vulgaire est le produit de l'inoculation directe à la peau du principe actif de la tuberculose ; cette inoculation se fait surtout sur les parties découvertes, d'où la fréquence de cette lésion aux mains et au visage. Toutes les solutions de continuité de l'épiderme, toutes les éruptions antérieures, et la vie en commun avec des personnes ou des animaux atteints de tuberculose facilitent cette inoculation. Il est relativement fréquent de le voir se développer au niveau et autour de cicatrices d'abcès froid tuberculeux.

E. Besnier a décrit le lupus vaccinal par suite de l'inoculation d'une lymphe vaccinale infectée du principe actif de la tuberculose.

Fait remarquable ! les tuberculeux avérés pulmonaires ou viscéraux ne sont que fort rarement atteints de lupus. Cette dermatose est au contraire fréquente chez les sujets atteints de tuberculose externe peu virulente.

La rougeole favorise singulièrement l'évolution du lupus vulgaire. Dans les premières semaines ou les premiers mois qui suivent cette maladie, on peut voir se développer çà et là sur le corps des enfants de petits nodules de lupus vulgaire.

La variole, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, etc. auraient parfois des effets analogues.

La nature réellement bacillaire du lupus est à l'heure actuelle tout à fait démontrée pour la plupart des formes que nous avons énumérées plus haut, en particulier pour le tubercule anatomique, le lupus scléreux papillomateux, les formes ulcéreuses serpigineuses, etc... Leloir a prouvé qu'il en est de même pour les formes myxomateuses, colloïdes, etc... Il semble donc certain que le lupus vulgaire n'est qu'une tuberculose locale atténuée (Leloir et Cornil) ; nous disons atténuée à cause de son peu de virulence et de la grande rareté des bacilles dans le tissu morbide. Nous renvoyons, pour plus de détails, aux travaux d'E. Besnier et de ses élèves, au savant article de Lenglet de la *Pratique dermatologique* (t. III, 1903).

On ne peut toutefois se défendre d'un certain étonnement en présence de l'aspect si spécial de la variété typique du lupus vulgaire, de son évolution si particulière, de la bonne santé constante de la plupart des individus non hospitalisés qui en sont atteints, de la non-inoculabilité du tissu morbide. Aussi croyons-nous que tout n'est pas encore dit sur cette importante question, et que l'on doit rechercher si le principe inoculé est toujours le même dans les formes si diverses de tuberculose locale que nous connaissons à l'heure actuelle, ou bien si ces aspects si différents ne tiennent qu'au terrain, ce qui est en somme fort possible. Les inoculations de produits lupiques aux animaux donnent en effet de la manière la plus nette de la tuberculose en séries.

Anatomie pathologique. — Ce qui précède nous dispense de nous étendre sur l'anatomie pathologique du lupus vulgaire. Au point de vue purement histologique, le nodule lupique est un granulome consistant en une infiltration de petites

cellules, de plasmazellen pour Unna, dans les couches profondes du derme : il est constitué par un réticulum délicat dont les mailles sont remplies de cellules arrondies à noyaux distincts, et de noyaux libres : on y voit aussi des cellules géantes, et de nombreux vaisseaux. Au centre de ces amas, il se produit une dégénérescence granuleuse de tous ces éléments. En somme, le nodule lupique ressemble assez à un nodule tuberculeux; mais on n'y trouve pour ainsi dire pas de bacilles de Koch : il faut pratiquer de nombreuses coupes pour en découvrir un seul.

Autour du nodule lupique le tissu conjonctif réagit d'ordinaire, mais d'une manière éminemment variable selon les cas : il est presque toujours infiltré de cellules jeunes ou de cellules inflammatoires qui englobent le nodule lupique, et qui parfois s'étendent fort loin, comme dans les variétés de lupus à infiltration diffuse.

Les parois des vaisseaux du voisinage sont épaissies, infiltrées de cellules : l'endothélium est proliféré, déformé, parfois détaché de la paroi, ce qui favorise la thrombose.

Les modifications subies par l'épiderme au niveau des néoplasies lupiques sont éminemment variables suivant les formes : il peut être aminci dans certains lupus plans torpides, détruit dans les formes ulcéreuses, hypertrophié jusqu'à simuler histologiquement de l'épithéliome dans certains lupus papillomateux.

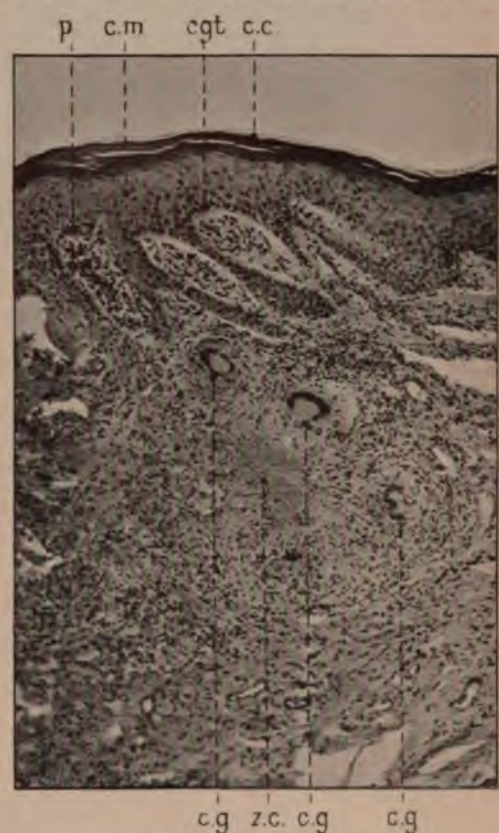


Fig. 102. — Lupus vulgaire.

c c, couche cornée. — *c m*, couches filamenteuses. — *p*, papilles infiltrées et allongées. — *cgt*, couche génératrice. — *c g*, cellules géantes. — *z c*, zone caséifiée.

Nous renvoyons pour plus de détails au bel article de Lenglet (t. III de la *Pratique Dermat. : anatomie pathologique du lupus vulgaire*, p. 250-266) et à l'*Histopathologie de Unna* pour les idées si originales de cet auteur [1].

Traitement. — Le lupus peut guérir spontanément : le processus curatif consiste essentiellement en la substitution d'un tissu de cicatrice au tissu morbide; il faut

[1] Unna distingue tout d'abord deux grandes catégories de faits : le lupus circonscrit à nodules nettement limités tendant vers l'enkystement, et le lupus diffus envahissant et progressif. Ce dernier, plus fréquent, est caractérisé histologiquement par la vascularisation plus grande du tissu lupique, ce qui suffit à expliquer sa propension à devenir croûteux, eczématiforme, impétigineux, etc...

Deux processus viennent éventuellement se surajouter à la néoformation lupique : 1° la prolifération épithéliale, surtout accusée dans le lupus papillomateux ou verruqueux ; 2° la fibromatose, laquelle succède souvent aux interventions opératoires, et conduit au lupus hypertrophique, scléreux, et aux pseudo-cicatrices (*Unna analysé par Darier*).

donc tâcher de provoquer un travail inflammatoire qui facilite cette transformation en tissu fibreux. L'idée du parasitisme est venue modifier un peu cette ancienne conception du traitement du lupus, mais on a vite reconnu que les parasiticides ne sauraient être que des adjuvants.

La théorie de la nature bacillaire du lupus a eu un autre résultat, celui de démontrer que les vieux auteurs français avaient raison de le considérer comme une scrofulide et de modifier le terrain par une médication interne. Tout en reconnaissant que le traitement externe est de beaucoup le plus important, puisqu'il s'agit

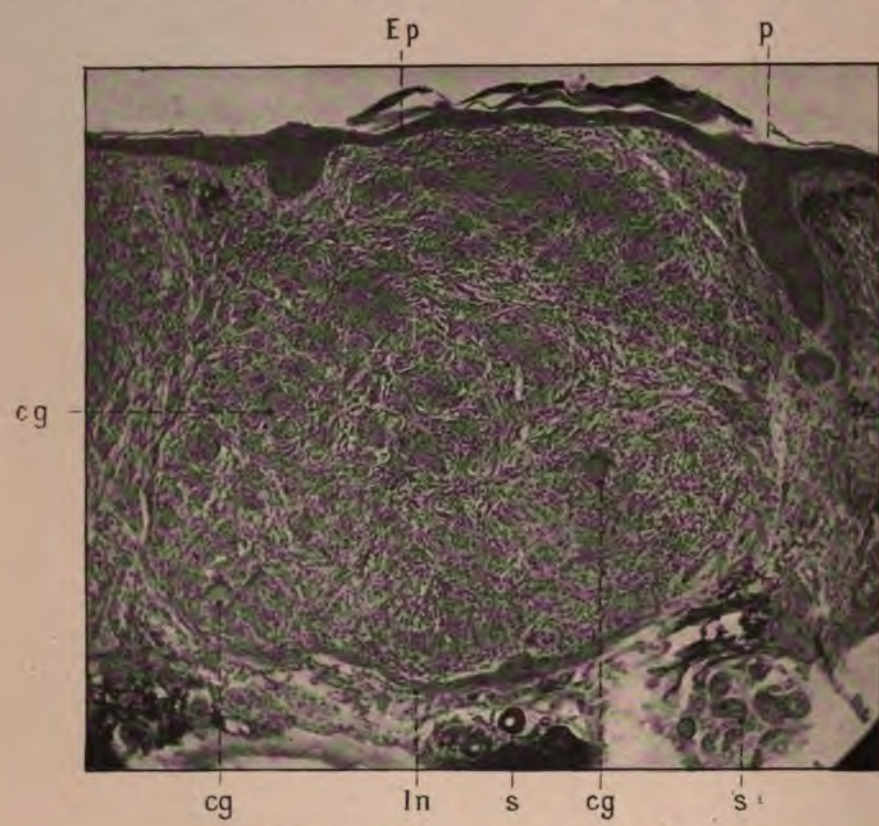


Fig. 103. — Nodule lupique superficiel (prép. de Lenglet).

Ep, épiderme (aminci et planiforme). — p, poil. — c g, cellules géantes. — s, glande sudoripare. — In, limite du nodule.

d'une affection locale, résultat de l'inoculation directe d'un parasite, nous croyons, comme eux, à la nécessité de modifier le terrain sur lequel évolue l'agent infectieux.

Traitement interne. D'après les idées actuellement en honneur, le traitement interne du lupus doit être, à peu de chose près, le traitement général de la tuberculose viscérale. Aussi n'insisterons-nous pas beaucoup sur ce point.

Il est évident que logiquement on devrait avant tout s'occuper de l'hygiène du lupique, le prémunir contre toute cause d'affaiblissement, contre tout ce qui pourrait provoquer une infection viscérale. En somme on doit, dans la mesure du possible, lui appliquer les principes généraux du traitement rationnel actuellement en honneur contre la tuberculose.

Au point de vue du traitement médicamenteux, nous croyons que les préparations les plus efficaces sont : 1° l'huile de foie de morue ; 2° les arsenicaux ; 3° les iodiques ; 4° le chlorure de sodium ; 5° les prétendus spécifiques bacillaires.

1° L'huile de foie de morue doit être administrée à très hautes doses : un malade adulte doit en prendre 4 à 8 cuillerées à soupe par jour. On l'emploie pure ou légèrement créosotée, surtout pendant l'hiver.

Nous pensions autrefois que pour obtenir des effets utiles il fallait prescrire l'huile de foie de morue brune : nous avons changé complètement d'avis. L'huile de foie de morue brune est presque toujours mal tolérée et les lupiques ne peuvent pas en supporter des quantités suffisantes. L'huile de foie morue blonde et même les huiles de foie de morue épurées donnent d'excellents résultats, pourvu qu'elles soient prises à des doses fort élevées. Nous avons vu se produire sous leur influence des modifications locales et générales presque inespérées. *L'huile de foie de morue est, à notre sens, le médicament interne par excellence du lupus.*

2° Les arsenicaux semblent être parfois fort utiles. On peut les combiner avec l'huile de foie de morue, ou les prescrire seuls pendant l'été ; on aura recours à la liqueur de Fowler pure ou additionnée d'une préparation ferrugineuse :

Liqueur de Fowler.	4	grammes.
Citrate de fer ammoniacal	60	—
Eau de menthe	120	—

M. s. a.
(Deux cuillerées à soupe par jour.)

aux pilules asiatiques, à la solution arsenicale chalybée, aux préparations d'arséniate de soude pur ou additionné de tartrate ou de citrate de fer ; ce sont ces dernières que nous préférons : elles se conservent fort bien quand on y ajoute un peu d'eau distillée de laurier-cerise. Quand l'estomac des malades est intolérant, on fait des injections sous-cutanées de solutions d'arséniate de soude (de 1 à 10 milligrammes par jour) ou de cacodylate de soude (de 1 à 10 centigrammes par jour) ; on les fait par séries de 6 à 10 que l'on sépare par des périodes de huit à quinze jours de repos.

3° Les iodiques sont excellents chez les strumeux avérés. On leur ordonnera le sirop iodo-tannique, les peptoniodes, le sirop de raifort iodé, la teinture d'iode dans du lait ; s'ils sont un peu anémiques, le sirop d'iodure de fer. Nous ne croyons pas que les iodures de potassium et de sodium autrefois fort usités soient d'une grande utilité ; il est probable qu'ils ont dû leur renom à des erreurs de diagnostic. Dans quelques cas cependant ils nous ont paru déterminer une certaine amélioration : par contre, ils nous ont semblé parfois aggraver les lésions lupiques.

4° Pour Hardy, le chlorure de sodium donné à la dose de 1 à 3 grammes par jour est le meilleur médicament du lupus et de la scrofule : Potain le prescrivait associé à l'iodure et au bromure de sodium.

5° Parmi les antibacillaires nous signalerons surtout l'acide phénique que l'on administre par la bouche à des doses variant de un à dix centigrames par jour sous forme de sirop, ou en injections sous-cutanées, la créosote, dont on a actuellement beaucoup de tendance à abandonner l'emploi, le gaïacol et l'iodoforme dont l'efficacité n'est rien moins que démontrée, malgré les surprenantes améliorations obtenues par Morel-Lavallée dans la scrofulo-tuberculose cutanée par les injections sous-cutanées de vaseline iodoformée à la dose de 2 centigrammes par jour d'iodoforme pour un adulte. Il est possible que les injections sous-cutanées d'huile

créosotée à hautes doses, déjà proposées par Gimbert et reprises par Burlureaux, donnent chez quelques lupiques de bons résultats.

On s'attachera de plus à modifier l'état général par tous les moyens usités en pareil cas. Pour exciter l'appétit on aura recours aux amers (gentiane, petite centaurée, quassia amara, houblon, sirop antiscorbutique, etc.); pour tonifier, au quinquina, au fer, au manganèse, aux phosphates (chlorhydro-phosphate, lacto-phosphate de chaux), aux hypophosphites, etc., à l'hydrothérapie, à l'exercice en plein air, à l'exposition au soleil.

Darier (*Soc. de Dermatologie*, mars 1905) a repris la question du traitement du lupus vulgaire par les injections de la *tuberculine* ancienne de Koch. Il l'injecte à des doses croissantes allant de 1/2 milligramme à 3 milligrammes. Il a obtenu dans certains cas des améliorations considérables et presque des quasi-guérisons. Il ne faudrait pas condamner et rejeter systématiquement cette méthode qui a peut-être été trop facilement abandonnée parce qu'elle avait fait concevoir de trop grands espoirs [1]. Il est incontestable que les réactions inflammatoires locales si violentes produites par les injections de tuberculine laissent parfois après elles des améliorations apparentes; mais il est vrai qu'on achète souvent ces améliorations au prix de souffrances fort grandes et d'accidents généraux graves. Ces améliorations paraissent être analogues à celles qui suivent les poussées érysipélatoïdes que présentent parfois certains lupiques. Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons vu chez quelques-uns de ces malades survenir *spontanément* des poussées inflammatoires avec réaction générale modérée, tuméfaction et rougeur locales assez intenses, persistant pendant plusieurs jours sans qu'il y eût à proprement parler d'érysipèle : en somme il se produisait chez eux assez exactement ce qui se serait produit si on leur avait fait des injections de lymphe de Koch.

La *thiosinamine*, qui a été beaucoup vantée en Allemagne, a des effets analogues à ceux de la tuberculine. Il en est de même pour la *nucléine* de Mourek.

La *cantharidine* prônée par Liebreich et Saalfeld a été abandonnée.

Les injections de *calomel*, et, à un moindre degré, les injections d'huile grise et le traitement mixte antisyphilitique semblent dans quelques cas diminuer considérablement l'infiltration du lupus et l'améliorer dans des proportions variables selon les sujets. Nous ne croyons pas toutefois, d'après ce que nous avons vu, que cette méthode fasse disparaître totalement les nodules de lupus vrai. Mais c'est un adjuvant qu'il est bon d'utiliser dans certains cas rebelles.

L'*érysipèle* modifie parfois heureusement l'évolution du lupus : mais nous croyons imprudent d'en tenter l'inoculation dans un but thérapeutique.

Eaux minérales. — Les eaux minérales seules ne guérissent pas le lupus vulgaire; elles peuvent néanmoins imprimer à la constitution générale des modifications telles qu'elles facilitent beaucoup la disparition de la maladie.

Les plus efficaces sont celles que l'on emploie contre le lymphatisme et la scrofule, c'est-à-dire les eaux bromo-iodurées telles que Challes, Wildegg, les eaux sulfureuses fortes telles que Cauterets, Barèges, Luchon, Schinznach, les eaux sulfureuses et chlorurées sodiques comme Uriage, Saint-Gervais; les eaux chlorurées sodiques comme Salies de Béarn, Salins en Jura, Bex, Lavey, Nauheim, Kreuznach, Balaruc; enfin les eaux fortement arsenicales comme la Bourboule.

[1] Voir également M. Call-Anderson : A plea for the more general use of Tuberculin by the Profession (*The British Journal of Dermat.*, septembre 1905, p. 317).

Traitement externe. — Après avoir exclusivement ou presque exclusivement employé contre le lupus la médication interne, les dermatologistes se sont avisés vers le milieu du siècle de recourir aux moyens externes. Ils ont successivement essayé tous les topiques connus, pommades plus ou moins irritantes, caustiques plus ou moins violents. Ils n'ont pas tardé à se convaincre qu'en se servant de ces divers procédés, ils n'atteignaient pas le but ou le dépassaient : c'est-à-dire qu'ils n'obtenaient pas d'effets utiles suffisants ou bien qu'ils produisaient des escharifications profondes d'où résultaient des cicatrices vicieuses et des difformités irrémédiables.

Aussi ont-ils alors pour la plupart demandé aux procédés dits chirurgicaux, combinés ou non avec l'emploi des antiseptiques et des caustiques, des moyens pratiques de guérir la lésion sans défigurer le malade. Après des essais plus ou moins heureux, ils ont trouvé des méthodes vraiment efficaces qui peuvent être rangées en trois groupes principaux.

I. *Les méthodes sanglantes* comprenant :

a) L'*ablation* ;

b) Le *raclage*, seul ou combiné avec l'emploi des caustiques ;

c) La *scarification* seule ou combinée avec l'emploi des antiseptiques.

II. *Les méthodes non sanglantes* comprenant :

a) Les *cautérisations ignées* pratiquées soit avec le cautère actuel, soit avec le thermocautère, soit avec l'électrocautère ;

b) Les *caustiques électifs*, qui, appliqués sur une plaque de lupus, en attaquent le tissu morbide ;

c) Le *massage*.

III. *Les méthodes le plus en honneur à l'heure actuelle sont les méthodes dérivées de l'électricité*, et qui sont :

a) L'*électrolyse*, mais surtout :

b) La *photothérapie ;*

c) La *radiothérapie*.

I. *Méthodes sanglantes*.

Ablation. — L'ablation avait été autrefois assez employée ; puis on s'est aperçu qu'elle ne met pas toujours à l'abri d'une récidive, aussi l'avait-on abandonnée. On a actuellement de la tendance à y revenir, et à la combiner avec la transplantation épidermique d'après le procédé de Thiersch, ou avec l'autoplastie large. Nous croyons qu'on doit y avoir recours dans tous les cas de lupus minuscules que l'on peut enlever largement sans causer trop de difformité, et même dans les lupus assez étendus situés en des régions recouvertes de vêtements, ou pour lesquels une autoplastie convenable est possible. *Pour nous c'est de beaucoup la méthode de choix toutes les fois qu'elle est possible*.

Raclage.

Instruments. — Pour pratiquer le raclage on peut se servir des curettes de Volkmann ; ces instruments sont des sortes de cuillères tranchantes ovalaires dont le grand axe a de 1 centimètre à 1 centimètre et demi ; leurs dimensions sont donc beaucoup trop considérables dans la majorité des cas : elles ne peuvent servir que lorsqu'il s'agit de dégrossir de vastes lésions papillomateuses, ou lorsque l'on veut agir superficiellement sur de grandes étendues. On leur préfère les petites curettes ovalaires de Balmanno-Squire et surtout les modèles dus à E. Besnier et à E. Vidal.

L'instrument d'E. Besnier diffère de la curette ovalaire en ce qu'elle n'a pas de fond; il est donc essentiellement constitué par une sorte d'anneau à bords tranchants : son grand avantage est de s'encrasser moins vite et de se nettoyer beaucoup plus facilement que la curette ordinaire. L'instrument d'E. Vidal consiste essentiellement en une sorte de lame aplatie, plate sur une de ses faces, légèrement convexe sur l'autre, et courbée en forme d'arc de cercle, de telle sorte que la face plate soit dans la concavité; les bords en sont tranchants : l'extrémité terminale également fort tranchante est arrondie : il est très commode, d'un emploi facile, et il est fort aisé à nettoyer.

Mode opératoire. — Pour opérer un raclage, quand il s'agit d'un lupus de peu d'étendue, on tient la curette comme une plume à écrire ; quand on a un peu d'habitude, on reconnaît fort bien aux différences de consistance les tissus morbides et les tissus sains : avec un peu de souplesse de main, on laisse l'instrument ressauter sur les derniers.

S'il s'agit au contraire de vastes surfaces scléreuses papillomateuses à abraser, on prend une large curette que l'on saisit solidement dans la main comme un couteau. La théorie indique que l'on doit agir sur les surfaces malades jusqu'à ce que l'on ait enlevé tout le tissu morbide : c'est parfois fort difficile, à moins de faire subir des délabrements considérables. Aussi, dans les cas où il existe des tubercules isolés visibles, infiltrant profondément les tissus, beaucoup d'auteurs conseillent-ils de les énucléer un à un avec de toutes petites curettes. D'autres opérateurs, pour rendre les délabrements moins considérables, au lieu de s'efforcer de tout enlever mécaniquement, respectent les travées de tissu sain qui séparent l'un de l'autre les prolongements que la néoplasie envoie dans les parties profondes du derme, et font suivre le raclage d'une application de caustiques pour arriver à détruire les racines du mal. C'est ainsi que G. Fox pratique après l'énucléation des tubercules une cautérisation soit avec du chlorure de zinc (ce qui est fort douloureux), soit avec une pommade à l'acide pyrogallique au vingtième, soit avec un mélange à parties égales d'acide arsénieux et de gomme arabique; mais la méthode qu'il préfère consiste surtout à introduire dans la cavité de chaque tubercule énucléé un crayon très fin de nitrate d'argent, de l'y tourner et de l'y retourner. Ruhston Parker, qui se montre fort enthousiaste du raclage, emploie un procédé analogue, puisqu'il fait l'hémostase avec le nitrate d'argent. Dubois Havenith, après avoir fait une rugination aussi complète que possible, cautérise soit avec le fer rouge, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le chlorure de zinc suivant les cas. Cet auteur insiste avec beaucoup de raison sur la nécessité qu'il y a à explorer avec le plus grand soin la néoplasie : certaines repullulations incessantes sont dues à ce qu'il existe de véritables décollements, des loges hypodermiques, correspondant extérieurement à un petit tubercule visible : il faut ouvrir largement ces loges, les ruginer et les cautériser pour arriver à guérir la maladie.

On doit faire l'anesthésie locale à la cocaïne ou à la stovaïne pour pouvoir opérer à son aise. Quand le mal est situé à un doigt, il est bon d'en refouler le sang avec la compression élastique, et d'appliquer une ligature à la base du doigt pour opérer à sec.

Si le lupus est trop étendu on endort le malade par un des procédés connus.

Les pansements ultérieurs sont faits surtout avec de l'iodoforme. Quelques auteurs ont conseillé de les faire soit avec de l'acide pyrogallique, soit avec de la créosote, soit avec du nitrate d'argent. Que l'on applique ou non des caustiques après l'opé-

ration sanglante, il est bon d'employer des pansements antiseptiques rigoureux jusqu'à cicatrisation complète des délabrements produits.

Résultats. — Les résultats donnés par le raclage sont éminemment variables suivant le sujet, suivant l'habileté du médecin, suivant les régions opérées, suivant la gravité du lupus. Quand il est pratiqué avec beaucoup d'attention, quand on a soin d'épargner autant que possible les travées de tissu sain, de ne pas aller trop profondément, quand on ne fait qu'un usage intelligent et modéré des applications caustiques consécutives, on peut avec ce procédé obtenir des guérisons rapides en une, deux ou trois séances, et des cicatrices souples et assez régulières. Mais les résultats au point de vue de la *restitutio ad integrum* des téguments ont rarement la valeur de ceux que donnent d'autres méthodes, et en particulier les scarifications linéaires quadrillées.

Aussi doit-on ne recourir au raclage seul ou combiné avec les autres procédés que dans les lupus des membres, du tronc, des conjonctives et des cavités nasales, buccales, pharyngiennes, c'est-à-dire dans les cas où il n'est pas absolument nécessaire d'avoir des cicatrices parfaites. Il ne faut l'employer sur les régions découvertes, en particulier au visage, qu'avec certains ménagements. Le raclage réussit surtout dans la tuberculose verruqueuse de Riehl, dans les lupus scléreux papillomateux, dans le tubercule anatomique, comme l'ont prouvé depuis bien longtemps E. Besnier et E. Vidal.

Scarifications linéaires quadrillées. — La seconde grande méthode sanglante est la méthode des scarifications linéaires quadrillées. Sans vouloir entrer dans des discussions oiseuses à propos de l'historique, nous nous bornerons à dire que, tout en respectant les droits de Balmanno-Squire, il faut surtout rapporter à E. Vidal l'honneur d'avoir fait de ce procédé ce qu'il est actuellement. Il l'a modifié, perfectionné, adapté à tous les cas, et il en a précisé avec soin les indications spéciales.

Instruments. — Nous renvoyons aux généralités, traitement externe, pour la description du scarificateur d'E. Vidal.

Hémostase. — Les premières séances de scarification s'accompagnent d'hémorragies assez considérables : cependant il est toujours facile de les arrêter très rapidement en plaçant sur les surfaces opérées un peu de coton antiseptique ou d'ouate hydrophile : s'il en est besoin, on exerce de plus une légère compression, et l'écoulement sanguin s'arrête dans la plupart des cas avec facilité. Si les scarifications sont bien faites, elles ne peuvent donner lieu à d'importantes hémorragies, car on doit regarder comme une règle absolue qu'il ne faut jamais diviser complètement le derme dans toute sa hauteur : on ne peut donc intéresser des vaisseaux de quelque importance. Dans certains cas cependant, lorsqu'il s'agit de lupus ulcéreux et de lupus vorax dans lesquels, comme nous allons le voir, il est nécessaire d'effectuer d'assez grands délabrements, l'écoulement sanguin consécutif à l'opération est considérable : si la compression ouatée n'en triomphe pas assez rapidement, on cautérise les parties scarifiées soit avec du perchlorure de fer, soit avec un crayon de nitrate d'argent, ou bien on applique du penghâwar ou une forte solution d'antipyrine. Il est rare que ces procédés échouent, et que l'on soit obligé d'en venir à l'électrocautère ou au thermocautère porté au rouge sombre.

Soins consécutifs. — Quand l'hémorragie est arrêtée, les malades doivent faire

quelques lotions antiseptiques, en attendant que l'état de la peau permette d'employer l'emplâtre rouge d'E. Vidal d'abord, puis l'emplâtre de Vigo. Ils se serviront pour cela d'eau boriquée, ou de solutions faibles d'acide phénique ou mieux encore de sublimé. Ils peuvent faire aussi des pulvérisations de liqueur de Van Swieten sur les parties opérées, et y tenir appliquées des compresses trempées dans cette solution coupée d'eau bouillie; mais ils ne les tolèrent pas toujours.

Dès que l'état de la peau le permet, c'est-à-dire dès que l'irritation produite par l'opération s'est un peu calmée, on recouvre exactement toutes les parties malades d'emplâtre rouge d'E. Vidal, et, au bout de quarante-huit heures, d'emplâtre de Vigo fraîchement préparé. On change ce pansement tous les jours pour nettoyer les surfaces lupiques avec un liquide antiseptique. Suivant le degré d'irritation produite, on en cesse l'emploi douze ou vingt-quatre heures avant le moment précis de la prochaine scarification, afin que les tissus ne soient pas trop enflammés. On a bien soin dans ce dernier cas d'enlever avec de l'ouate hydrophile imbibée d'éther les derniers vestiges d'emplâtre qui adhèrent aux téguments, car ils gêneraient l'opérateur en masquant les parties malades et en encrassant le scarificateur.

Nous attachons la plus grande importance à ces applications d'emplâtre de Vigo dans l'intervalle des scarifications. Plus elles seront pratiquées avec soin et persévérance, nuit et jour, plus la guérison sera rapide. Le bon effet des scarifications dépend surtout dans beaucoup de cas de l'énergie avec laquelle les malades se servent de leur Vigo. On comprend, d'autre part, combien il est capital d'avoir du bon emplâtre de Vigo, fraîchement préparé, souple, adhésif.

Si l'emplâtre de Vigo détermine une trop vive irritation et une suppuration trop abondante, on le remplace complètement par l'emplâtre rouge d'E. Vidal. Enfin si les délabrements produits sont trop considérables, si les ulcérations consécutives sont trop profondes et suppurent trop abondamment, on panse avec des poudres sèches, iodoforme, iodol, aristol, sous-carbonate de fer, etc... La poudre d'iodoforme est de beaucoup la plus efficace; mais les autres n'ont pas d'odeur.

Dès que l'état des téguments le permet, on fait une nouvelle séance de scarifications, et ainsi de suite jusqu'à guérison complète. Les malades doivent bien savoir qu'ils compromettent cette guérison, qu'ils la rendent aléatoire, ou tout au moins qu'ils la retardent beaucoup, en mettant plus d'intervalle qu'il ne convient entre leurs séances : dans la plupart des cas, il faut les scarifier tous les huit jours.

De l'anesthésie locale. — *Toutes les fois qu'on le peut, il est bon d'opérer sans avoir recours à l'anesthésie locale :* il est facile néanmoins de supprimer ou tout au moins de modérer la douleur : aussi ne doit-on plus à l'heure actuelle la considérer comme une contre-indication (voir les généralités pour de plus amples détails). On employait primitivement pour pratiquer l'anesthésie locale les pulvérisations d'éther et en particulier l'éther anesthésique ou le mélange de Richardson connu en Angleterre sous le nom de Compound anesthethic ether. Avec ce liquide il suffit d'une ou deux minutes pour obtenir la congélation et par suite l'insensibilité absolue de la partie sur laquelle on veut agir, surtout si l'on a soin, comme le recommande E. Vidal, de diriger le jet pulvérisé sur des brindilles d'ouate préalablement déposées sur les téguments.

On peut aussi se servir du chlorure de méthyle liquide dans lequel on trempe un tampon d'ouate que l'on applique ensuite sur la partie à anesthésier : on la voit presque immédiatement blanchir, se congeler et par suite devenir insensible.

On peut utiliser ce moyen, même sur des surfaces déjà opérées, en interposant entre elles et le tampon une feuille de baudruche. Mais il faut bien prendre garde de ne pas prolonger trop longtemps l'application, car on déterminerait la formation de phlyctènes et mêmes d'escarres. Il nous a semblé que l'anesthésie produite par cette méthode était moins complète, moins profonde que celle que l'on obtient par les pulvérisations d'éther. E. Vidal recommande, pour avoir sans accident fâcheux une anesthésie complète du derme, de faire au même point plusieurs applications successives fort courtes du tampon chargé de chlorure de méthyle.

Les tissus prennent par ce procédé une dureté des plus incommodes pour les opérations qu'on doit leur faire subir. Qu'elle soit pratiquée avec l'éther ou avec le chlorure de méthyle, l'anesthésie locale par réfrigération présente d'ailleurs toujours un peu cet inconvénient. Les tissus sont blancs et indurés : on ne voit plus les points malades ; on ne sait plus au juste où il faut agir, et l'on ne sent plus avec son instrument les différences de consistance qui existent entre les tissus sains et les tissus morbides.

De plus, lorsque la circulation se rétablit dans la région congelée, le malade éprouve de violentes douleurs, et l'hémorragie consécutive est souvent plus abondante que lorsqu'on n'a pas pratiqué la congélation.

L'anesthésie par les injections de solutions de cocaïne ou de stovaïne n'a pas ces inconvénients. Cependant il faut, quand on emploie ce procédé, s'entourer des précautions voulues (voir les généralités), et c'est parfois peu pratique d'y avoir recours, au moins dans son cabinet, surtout si les surfaces à scarifier sont un peu étendues.

En résumé, nous persistons à croire que, malgré les perfectionnements que l'on vient d'apporter à l'anesthésie locale, il vaut mieux, quand c'est possible, ne pas s'en servir dans le traitement du lupus par les scarifications.

Mode opératoire. — E. Besnier recommandait beaucoup, lorsqu'il employait la scarification, de faire coucher le malade sur un lit d'opérations : la région sur laquelle on agit est ainsi solidement fixée, et l'on n'a pas à lutter contre le patient. Malgré ces avantages réels, nous aimons mieux, quand les sujets ne sont pas trop pusillanimes, les opérer assis sur une chaise le buste droit : nous avons ainsi plus de lumière, et, ce nous semble, plus de souplesse dans la main et plus de facilité pour inciser en tous sens. Parfois il est utile de se placer derrière le malade, de saisir solidement sa tête avec le bras gauche et de l'appuyer contre sa poitrine pendant qu'on scarifie avec la main droite.

Pour opérer avec le scarificateur d'E. Vidal, on tient l'instrument délicatement à la main comme une plume à écrire, sans raideur, mais avec fermeté, sans le trop serrer entre les doigts. Les incisions doivent toujours être pratiquées perpendiculairement à la surface des téguments, de telle sorte que les tissus ne soient pas obliquequement sectionnés. Lorsqu'on a terminé la première série d'incisions parallèles entre elles, séparées par des distances égales, on pratique une deuxième, parfois même une troisième série d'incisions parallèles croisant les premières à angles plus ou moins aigus variant de 20 à 35 degrés, de façon à former avec elles des losanges. La profondeur à laquelle doit pénétrer l'instrument, la longueur des incisions, la distance qui les sépare sont autant d'éléments qui dépendent de la variété du lupus et même de chaque cas particulier.

C'est le plus souvent la consistance du tissu morbide qui indique la profondeur à laquelle on doit pénétrer. On sait que le tissu lupeux est friable, mou, qu'il se laisse

facilement dilacérer. Le scarificateur doit arriver jusqu'aux dernières limites du mal, et ressauter sur les parties saines en les épargnant le plus possible. On comprend dès lors toute l'importance des préceptes que nous venons de donner sur la manière de tenir l'instrument : dans les mouvements qu'on lui imprime, ce sont surtout les doigts qui agissent, un peu le poignet, point du tout l'avant-bras ni le bras. On possède ainsi toute la souplesse désirable, toute la sensibilité tactile nécessaire, et l'on peut laisser guider la pointe de l'instrument par les sensations diverses de résistance données par les tissus.

Quand on a à traiter un lupus au début, encore peu étendu, on doit scarifier toutes les surfaces malades, mais surtout avoir soin de dépasser les bords apparents de la néoplasie de quelques millimètres, car, ainsi que l'a fort bien établi E. Vidal dans ses leçons, « les vaisseaux de la périphérie sont intéressés ; autour d'eux il s'est déjà fait une prolifération de cellules embryonnaires, sur lesquelles il faut agir sous peine de voir le lupus grandir et s'étendre par la périphérie, malgré des séances répétées de scarifications qui, n'atteignant que l'infiltrat apparent, n'amèneraient que la guérison du centre ».

Quand le lupus a déjà certaines dimensions, on s'attache donc avant tout à traiter les bords, toujours en empiétant sur les tissus sains, pour arrêter l'extension du mal : on s'occupe ensuite du centre.

Dans les lupus ulcéreux, térébrants, phagédéniques, la scarification est fort efficace pour enrayer les progrès de la néoplasie : en deux, trois séances au plus, ce résultat est obtenu. Il est nécessaire de dilacérer en tous sens les parties malades, de les réduire en une sorte de bouillie et d'enfoncer l'instrument jusqu'à ce que l'on atteigne un tissu résistant. C'est la condition *sine quâ non* du succès. Ces délabrements en apparence épouvantables guérissent avec la plus grande rapidité. Cependant il est quelquefois utile dans ces cas de cautériser soit avec du perchlorure de fer, soit avec du nitrate d'argent, pour arrêter l'hémorragie consécutive, et de panser ensuite avec des poudres sèches telles que la poudre d'iodoforme, d'iodol, d'aristol, ou de sous-carbonate de fer.

Les lupus caractérisés par une infiltration profonde des téguments, scléreuse, presque cartilagineuse, sont fort difficiles à traiter ; car, pour savoir à quelle profondeur il faut aller, l'on ne peut se guider sur les différences de consistance des téguments. Or, si l'on n'agit que superficiellement, la néoplasie repullule sans cesse en partant des régions profondes : si l'on va trop loin, on s'expose à avoir des cicatrices chéloïdiennes. On doit tâtonner, ne pas inciser d'abord trop profondément, mais pénétrer ensuite jusqu'aux limites extrêmes du derme quand on voit que l'on n'a pas de cicatrices vicieuses et que le mal résiste à la médication.

Tant qu'on ne divise pas les téguments dans toute leur hauteur, on ne doit pas redouter d'avoir des cicatrices avec les scarifications. Il est remarquable de voir que les incisions les plus rapprochées, les plus multiples, guérissent rapidement par première intention sans laisser la moindre trace.

Dans la grande majorité des cas, au bout de cinq ou six jours, on peut faire une nouvelle séance. Pour plus de régularité, on répète l'opération tous les huit jours.

Après quelques semaines ou quelques mois de traitement régulier, le lupus change presque toujours d'aspect. Il devient moins turgide, sa surface se déterge, et, s'il ne présentait au regard qu'une masse infiltrée uniforme, il est facile d'y distinguer de petits points jaunâtres transparents, assez semblables à du sucre d'orge, enchâssés dans le tissu normal ou dans des tractus blanchâtres de tissu de cica-

trice. On est arrivé à la période qu'E. Vidal désigne sous le nom de *période des tubercules isolés*. Nous avons vu que dans certaines formes de faible intensité le lupus présente cet aspect avant tout traitement. Le mode opératoire devient alors un peu différent. E. Vidal recommande d'inciser, de dilacérer en tous sens chacun de ces tubercules. Nous imprimons parfois un mouvement de rotation sur son axe au scarificateur introduit dans la loge du tubercule comme pour l'énucléer; dans les cas rebelles, nous terminons cette petite opération en cautérisant l'intérieur de la loge avec la pointe fine d'un crayon de nitrate d'argent. Dans certains lupus turgides, ces tubercules isolés pénètrent dans le derme jusqu'à de très grandes profondeurs, et l'on est tout étonné de voir l'instrument s'enfoncer de 7, 8 millimètres et même plus, sans que l'on éprouve la moindre sensation de résistance.

Vient ensuite une *période dite de perfectionnement* pendant laquelle on combat quelques points plus rebelles que les autres et l'on poursuit jusqu'aux derniers vestiges du mal. Il est parfois alors nécessaire de mouiller les parties atteintes pour rendre les tubercules évidents. Après un nombre d'opérations qu'il est absolument impossible de préciser, et qui varie suivant l'étendue de la néoplasie, suivant sa profondeur, suivant sa forme, et surtout suivant l'habileté de l'opérateur, on obtient enfin la guérison apparente de la maladie. Mais tout n'est pas encore terminé : pendant une dernière et assez longue *période dite de surveillance*, il faut faire revenir de temps en temps le sujet, l'examiner avec le plus grand soin et agir sur tous les points qui paraissent douteux, en particulier sur les bords qui doivent blanchir et reprendre une teinte naturelle.

On comprend donc combien la durée de ce traitement est variable, combien elle peut être longue. Quand le lupus est fort étendu il faut plusieurs séances pour arriver à toucher tous les points malades ; or, plus on sera exercé, plus on aura de souplesse de main, plus on pourra scarifier de surface en un laps de temps donné, et plus on abrégera la durée et le nombre des opérations. Parfois il suffit de scarifier une dizaine de fois un point donné pour qu'il guérisse, ou tout au moins pour qu'il s'améliore de telle manière qu'on n'ait plus qu'à le surveiller ou à attaquer les tubercules isolés. Nous avons vu dans quelques cas de lupus au début trois ou quatre séances amener une quasi-guérison ; dans d'autres, au contraire, les scarifications répétées avec la plus grande ténacité pendant 20, 30, 40 fois et même davantage, ne donnent que des améliorations très lentes, sinon insignifiantes. Le lupus vorax est de toutes les variétés celle que la scarification transforme avec le plus de rapidité ; nous avons déjà dit qu'il suffit d'ordinaire de deux à quatre séances pour en arrêter l'extension.

Ce procédé ne met pas plus que les autres à l'abri des récidives ; mais si le malade est soigneux, s'il veut bien se laisser traiter jusqu'à ce que toute rougeur des téguments, tout vestige du mal ait disparu, s'il revient tous les deux ou trois mois pendant un certain temps se faire examiner et opérer dès que le moindre nodule tend à reparaître, il n'a rien de sérieux à craindre, et l'on finit par obtenir une guérison complète.

Résultats. — Or, le grand avantage de la scarification, c'est que le résultat est merveilleux comme cicatrice : les lupus qui n'ont été traités que par ce procédé et qui l'ont été par des dermatologistes expérimentés ont sans doute mis plus de temps à guérir que par d'autres méthodes, mais ils ne laissent pour ainsi dire aucune trace de leur existence. Les téguments sont lisses, souples, sans dépressions ni saillies chéloïdiennes : il est souvent impossible de reconnaître, même à un

examen fort attentif, quelles étaient les limites de la néoplasie, tant la peau a repris son aspect normal. Parfois cependant elle a une teinte d'un blanc mat un peu différente de sa coloration habituelle. Nulle autre méthode ne facilite mieux que la scarification la restauration de régions qui paraissaient détruites par le mal, telles que les lèvres, les paupières et surtout les ailes du nez. Dans ce dernier cas, tant que le squelette cartilagineux ne s'est pas effondré, on peut par la scarification arriver à une *restitutio ad integrum*, alors qu'au premier abord il semblait que les parties molles du nez fussent perdues.

Nous devons reconnaître cependant que chez certaines personnes prédisposées il peut se développer des chéloïdes, alors même qu'elles n'ont été traitées que par des scarifications. Presque toujours il s'agit dans ces cas de lupus compliqués d'indurations scléreuses ou cartilagineuses, et pour lesquels on a été obligé de pratiquer des scarifications extrêmement profondes.

Malgré la lenteur du processus de guérison, la scarification s'impose donc comme méthode de traitement quand il s'agit de lupus des orifices de la face, chez des personnes jeunes, qui ont besoin pour leur profession ou pour leurs relations mondaines d'avoir le minimum possible de cicatrice. Elle s'impose également dans les cas de lupus vorax. La scarification donne de très bons résultats dans le lupus des paupières et de la conjonctive : on peut aussi l'employer contre le lupus des autres muqueuses, mais nous devons reconnaître qu'elle est dans ces derniers cas inférieure au raclage et à l'électro-cautérisation.

Objections à l'emploi des méthodes sanglantes. — Depuis quelque temps, les méthodes sanglantes (*raclage et scarification*) sont délaissées. E. Besnier pense qu'elles favorisent les réinoculations locales du lupus, qu'elles produisent l'auto-infection des opérés, et augmentent ainsi le nombre des lupiques qui deviennent phtisiques. Par contre, E. Vidal n'a jamais vu la scarification être suivie de réinoculation locale. Les points en bordure que l'on traite à fond par la scarification en empiétant suffisamment sur les tissus sains s'améliorent au lieu de s'étendre, ce qu'ils devraient faire constamment si la théorie de la réinoculation était pratiquement exacte.

Quant à l'infection générale qui survient chez les lupiques scarifiés, la question est des plus complexes ; pour la résoudre, il s'agirait de préciser si ces lupiques sont devenus tuberculeux parce qu'ils ont été scarifiés, et dès lors il faudrait savoir s'ils n'étaient pas déjà atteints de tuberculose viscérale avant que l'on ait commencé les scarifications, s'ils ne le deviennent jamais ou s'ils le deviennent moins souvent lorsqu'ils n'ont pas été traités par les méthodes sanglantes.

En ville, nous n'avons vu survenir que fort rarement de la tuberculose viscérale chez les sujets que nous avions scarifiés. Nous avons par contre assez fréquemment observé ce fait à l'hôpital, mais surtout dans les cas de lupus vulgaires non typiques, et chez des sujets manifestement strumeux et depuis longtemps hospitalisés. En 1884-1885, nous avons ausculté avec le plus grand soin les nombreux malades atteints de lupus qu'E. Vidal soignait à sa policlinique : nous n'en avons trouvé que fort peu qui eussent des signes de tuberculose pulmonaire, et ils n'ont jamais pu affirmer que leurs symptômes thoraciques eussent surtout augmenté ou se fussent produits à la suite des scarifications qui leur avaient été faites.

Il semble bien que dans certains des cas que nous avons vus à l'hôpital, il soit survenu à la suite des opérations sanglantes une propagation de proche en proche du bacille, une infection ganglionnaire, puis viscérale. Mais on ne tarde pas à se

convaincre, quand on examine les faits de plus près, que ces propagations ganglionnaires et que ces infections viscérales s'observent tout aussi bien chez des lupiques qui n'ont jamais été traités par des méthodes sanglantes que chez ceux qui l'ont été. Il ne paraît donc pas encore suffisamment prouvé que la scarification soit condamnable dans le lupus tuberculeux.

Dubois Havenith, qui a publié sur le lupus une étude des plus remarquables, basée sur une pratique personnelle fort étendue, conclut en ces termes sur le point particulier qui nous occupe : « La propagation du virus par les voies lymphatiques a été assez souvent observée chez les lupiques, *en l'absence de toute intervention locale*. Il semble que le nombre des sujets infectés ne se soit pas accru depuis l'introduction des méthodes sanglantes dans la thérapeutique du lupus. Dans les rares cas où nous avons vu la tuberculose pulmonaire se manifester ou s'aggraver après la guérison d'un lupus ou après une intervention opératoire énergique, *c'est toujours aux méthodes ignées (thermo ou électro-puncture) que nous avions eu recours*. » (Dubois Havenith, *Du Lupus vulgaire*, 1890, p. 49.)

Et cependant l'autorité d'E. Besnier est telle en ces matières que nous avouons avoir été troublés par ses conclusions, et que nous adoptons maintenant la ligne de conduite suivante, lorsque nous avons à soigner un lupus.

Si nous ne pouvons pratiquer l'ablation chirurgicale, et si la lésion cutanée ne nous paraît pas être un cas de lupus vulgaire à forme absolument typique, si c'est une de ces variétés de lupus qui s'accompagnent fréquemment d'infection ganglionnaire et viscérale secondaire, ou bien si le malade présente déjà quelque signe d'infection ganglionnaire ou viscérale, nous tâchons d'employer avant tout la photothérapie, ou la radiothérapie, et, quand c'est impossible, le galvanocautère et les divers topiques que nous allons bientôt étudier : si au contraire la néoplasie nous semble se rapprocher surtout du lupus vulgaire typique, et si la santé générale est parfaite, nous nous croyons en droit lorsque la photothérapie ou la radiothérapie ne sont pas pratiques, de lui faire des scarifications seules ou associées à des cautérisations.

II. *Méthodes non sanglantes*.

Fer rouge ou caustiques ignés. — On peut employer le cautère actuel. Horand et Cordier se servent d'un gros cautère à boule porté au rouge vif par le gaz ou le charbon de bois. L'escarre produite se détache après quelques jours. Puis on réprime avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus exubérants. Ce procédé fort énergique ne donne pas des cicatrices irréprochables, et il n'est guère utilisable qu'aux régions recouvertes par les vêtements.

Aussi préférons-nous à cette cautérisation en masse la cautérisation interstitielle, fragmentée, intelligente, pratiquée soit avec le galvanocautère, soit avec le thermocautère. C'était, avant la découverte de la photothérapie et de la radiothérapie, la méthode favorite d'E. Besnier : on doit à ce maître éminent d'en avoir précisé le mode d'application, d'en avoir démontré les avantages, de l'avoir vulgarisée et rendue pratique par les instruments qu'il a fait construire.

Instruments. — On peut se servir du thermocautère Paquelin ; on a même fabriqué une pointe très fine et très courte fort commode pour ces cautérisations délicates, et que nous recommandons aux praticiens de province.

Mais il est bien préférable d'agir quand on le peut avec le galvanocautère : on obtient avec les anses de fil de platine des cautères de toutes les formes et

de toutes les dimensions (voir pour plus de détails, les Généralités : *Traitement général*).

Mode opératoire. — Il est préférable que le malade soit étendu horizontalement; cependant il est possible de l'opérer assis sur une chaise ou sur un fauteuil, pourvu qu'il ait la tête solidement maintenue par un aide ou appuyée sur le dossier du siège sur lequel il se trouve. On peut pratiquer l'anesthésie locale soit en faisant des injections sous-cutanées de cocaïne, soit en employant le stypage avec le chlorure de méthyle. Il est bon de tendre avec la main gauche les parties que l'on veut cautériser, afin de mieux voir les points intéressés et d'agir avec plus de précision ; quand on emploie le stypage, il est fort difficile d'opérer avec la même perfection, car toute la région anesthésiée a pris une teinte d'un blanc uniforme : il serait utile dans ce cas de marquer préalablement à l'encre les points précis où l'on doit faire agir le galvanocautère. Quand c'est possible, on prend un point d'appui solide avec le petit doigt de la main droite qui tient l'instrument.

Suivant la sage recommandation d'E. Besnier, il ne faut porter la pièce de platine dont on se sert qu'au rouge sombre et jamais au rouge blanc pour que l'opération ne devienne pas sanglante, et pour que l'on ne soit pas ébloui par le rayonnement du cautère.

Voici comment le même auteur conseille d'agir suivant les divers cas. « Lorsque le lupus est peu étendu, tel qu'on l'observe souvent chez les jeunes sujets; on pratique avec une pointe fine de platine rougie, une série de ponctuations séparées l'une de l'autre d'un millimètre environ, de manière à tatouer littéralement la petite plaque ; avec l'électrocautère en forme de fourche, de grille à plusieurs pointes, la même opération peut être exécutée plus rapidement encore; au niveau des parties lupiques, la pénétration des cautères est extrêmement facile, et la main sent parfaitement le moment où la résistance du tissu sain se produit. Dans tous les cas, la pénétration doit dépasser de 1 ou 2 millimètres les dernières limites appréciables du néoplasme, et porter par conséquent sur les tissus sains dans toute la périphérie.

« Le même procédé opératoire, à l'aide de la pointe unique, s'applique très heureusement à la destruction de ces nombreux foyers de lupus repullulant qui semblent défier tous les efforts de la scarification », et qui apparaissent comme de petits grains jaunâtres transparents, semblables à du sucre d'orge au milieu des mailles du réseau cicatriciel. « Lorsque ces foyers sont de petites dimensions, la pointe de platine rougie suffit pour les détruire en une seule ponction ; si leur largeur est un peu plus grande, on laisse le cautère en place un instant en exerçant un léger mouvement de circumduction... »

« Quand il s'agit de vastes surfaces lupiques telles que celles qui occupent toute la face..., les ponctions profondes avec les grilles électro-caustiques, les scarifications linéaires avec le couteau fin du thermocautère ou avec le couteau galvanocaustique à deux, trois ou quatre lames parallèles, ou simplement les ponctions multipliées avec le cautère cylindroconique fin de l'appareil Paquelin permettent d'arriver au but en un temps relativement rapide. Les cautérisations peuvent être faites par lots restreints, mesurées suivant la tolérance particulière du malade, et renouvelées plus ou moins fréquemment sur les parties voisines, quotidiennement si l'on veut, et plus habituellement à quelques jours d'intervalle.

« Sur les muqueuses buccale, palatine, pharyngée, la galvanocaustique trouve une application merveilleuse de simplicité et d'innocuité, voire même de remar-

quable insensibilité ; sur ces derniers points, la supériorité de la cautérisation sur les scarifications est absolue, car elle supprime une des plus grandes difficultés des opérations dans les cavités muqueuses, l'écoulement sanguin.

« Dans le traitement du lupus qui a son siège au niveau des fosses narines et des ailes du nez, les pointes électro-caustiques fines sont particulièrement applicables dans les premières séances ; dans les suivantes, de fines scarifications avec deux ou trois lames de platine associées permettent de préparer une cicatrice lisse et régulière.

« Le lupus vulgaire des membres dans toutes ses formes peut être traité avec une grande activité; les pointes caustiques moyennes ou fortes, les scarifications avec le thermocautère ou avec les scarificateurs galvaniques à plusieurs lames peuvent être appliquées sans difficulté; d'une manière générale, les cautérisations interstitielles avec les pointes doivent d'abord tatouer la surface malade ; les scarifications ignées viennent dans les séances suivantes, puis les dernières sont occupées, de nouveau avec les pointes, à attaquer toutes les parties non détruites ou suspectes. »

« Dans tous les points, la profondeur à laquelle on doit faire pénétrer les cautères varie selon l'épaisseur du néoplasme, son siège et l'épaisseur de la peau ; la main apprend vite à mesurer la pénétration à la résistance éprouvée : sauf à la face ou au voisinage des articulations ou des tendons superficiels, on fait invariablement la cautérisation plutôt trop superficielle que trop profonde, mais il est préférable, si l'on n'est pas bien sûr de soi, de rester en deçà que d'aller au delà du nécessaire. » (E. Besnier, *Annales de Dermat.*, 25 août 1883, p. 408 et suiv.).

Quand on opère avec beaucoup de soin et que l'on éteint avec une certaine lenteur dans les tissus le cautère porté au rouge sombre, on peut ne pas avoir le moindre écoulement sanguin. Mais cette petite complication se produit encore assez fréquemment pour peu que l'on ait affaire à un lupus ulcéré, trop vascularisé, ou que le cautère ait été porté à une trop haute température. Cette hémorragie s'arrête toujours avec la plus grande facilité, soit que l'on cautérise de nouveau au rouge sombre, soit que l'on touche avec le crayon de nitrate d'argent, soit que l'on mette sur le point qui en est le siège un peu d'ouate ou un linge formant charpie.

Soins consécutifs. — On ne fait presque jamais de pansement immédiat : on n'applique aucun topique, ou bien on se contente de couvrir la partie opérée de quelques doubles de tarlatane imbibée d'eau amidonnée ou boriquée. Les jours suivants, s'il se produit de l'inflammation, du suintement, des croûtes, on continue le même pansement, ou bien l'on emploie des cataplasmes de fécule ; s'il n'y a pas d'inflammation, on se sert d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre rouge (formule Vidal). Pour notre part, nous conseillons à nos malades de faire autant qu'il leur est possible des pansements antiseptiques rigoureux. Après l'opération, ils se lavent avec de l'eau boriquée ou mieux avec une solution de sublimé à 1 p. 1 000 s'ils la tolèrent, et ils font des applications de tarlatane trempée dans de l'eau bouillie pure ou mélangée d'un peu de solution de sublimé et recouverte de taffetas gommé. S'ils ne peuvent supporter ces topiques, ils s'enduisent d'une pommade à l'acide borique au 1/10 additionnée d'un peu d'acide salicylique (1/60 environ). Ils continuent ces pansements en graduant l'énergie des solutions antiseptiques, suivant le degré d'inflammation produite, jusqu'à ce que les ulcérations soient cicatrisées.

Ils se servent alors d'emplâtre rouge ou d'emplâtre de Vigo jusqu'à la veille du jour où ils doivent subir une nouvelle séance de cautérisation.

S'il se produit des ulcérations trop étendues et trop de suppuration, il est bon de recourir à l'iodoforme, à l'iodol, à l'aristol, à la poudre de sous-carbonate de fer ; s'il survient des bourgeons charnus exubérants, on les réprime avec le crayon de nitrate d'argent. Enfin, les pulvérisations d'eau tiède boriquée ou légèrement phéniquée ou d'eau de la Bourboule sont parfois excellentes pour nettoyer les parties malades, faire tomber les croûtes et calmer l'inflammation.

L'évolution ultérieure des escarres et des petites plaies consécutives à la cautérisation est des plus variables suivant la profondeur et l'étendue des destructions, suivant la nature du lupus, suivant la constitution du sujet, suivant le pansement employé. Il est rare qu'au bout de huit jours, la cicatrisation soit assez avancée pour permettre d'agir de nouveau. Dans la majorité des cas, nous opérons tous les quinze jours, à moins que nous n'ayons de vastes surfaces à traiter : nous divisons alors le lupus en plusieurs régions, et, tout en faisant revenir le sujet une ou deux fois par semaine, nous n'agissons sur le même point que tous les quinze ou vingt jours, suivant les effets produits.

Il est fort difficile de dire combien il faut de séances de cautérisations pour guérir un point donné de lupus : il semble toutefois que le nombre des cautérisations nécessaires pour obtenir ce résultat soit beaucoup moins considérable que celui des scarifications indispensables pour arriver au même but.

Il est possible d'obtenir par l'ignipuncture des cicatrices convenables; nous en avons vu dans le service d'E. Besnier qui étaient lisses, souples, vraiment belles. On doit cependant reconnaître que ce procédé est loin d'être comparable aux scarifications à ce point de vue. Le galvano-cautère ou l'électro-cautère donnent des cicatrices qui présentent des tractus blanchâtres, des indurations, et même de véritables chéloïdes.

Les cautérisations ignées interstitielles ne mettent pas plus que les scarifications les malades à l'abri des récidives possibles. Mais rien n'est plus simple que de toucher les tubercules dès qu'ils commencent à apparaître avec une pointe fine portée au rouge cerise.

Parasiticides et caustiques chimiques. — Les tentatives que l'on n'a cessé de faire pour trouver une substance qui détruise le tissu morbide ou l'agent infectieux en respectant les tissus sains sont innombrables. Pour donner un exposé complet de ces procédés tant anciens que nouveaux, il nous faudrait établir des catégories, étudier d'abord les parasiticides vrais, puis les simples irritants de la peau, les agents réducteurs, enfin les vrais caustiques. Mais tout cela nous entraînerait trop loin : nous nous bornerons à mentionner les traitements qui ont été le plus en honneur. Nous parlerons donc successivement des arsenicaux, des iodiques, de l'iodure de soufre, du nitrate d'argent, des acides pyrogallique, chrysophanique, de la chrysarobine, de l'anthrarobine, de l'acide salicylique, de l'acide lactique, de la créosote, de la résorcine, de l'hydronaphtol, du baume du Pérou, du naphtol camphré, du permanganate de potasse, des préparations mercurielles, du sublimé en particulier. Nous laisserons de côté la pâte de Vienne, le caustique Filhos, le chlorure de zinc qui a rendu de réels services soit sous forme de pâte de Canquoin, soit sous forme de pâte de Hébra, les acides acétique, chlorhydrique, phénique, chromique, la potasse caustique, le perchlorure de fer, etc., etc...

Arsenic. — L'arsenic, autrefois fort employé, est encore utilisé par l'école de

Vienne : Kaposi le recommande surtout quand le lupus est constitué par un grand nombre de petits nodules. Cette substance est fortement caustique, mais elle semble limiter son action aux produits morbides, et respecter les parties saines. Elle ne donne par conséquent que des cicatrices assez peu vicieuses, mais elle a deux inconvénients majeurs : d'abord elle cause des douleurs très vives, puis il est impossible avec elle d'agir sur de trop larges surfaces, car son absorption donnerait lieu à des phénomènes d'intoxication. On se sert de la pâte du frère Côme ou de Rousselot, ou bien de la pâte arsenicale de Hébra, dont voici la formule : acide arsénieux, 50 centigrammes ; cinabre artificiel, 2 grammes ; pommade rosat, 15 grammes.

On étend cette pâte sur une toile en couche de l'épaisseur du dos d'une lame de couteau, puis on découpe l'emplâtre en bandelettes que l'on applique sur les parties que l'on veut cautériser : on les laisse en place pendant vingt-quatre heures en exerçant sur elles une certaine compression avec de l'ouate. Au bout de ce laps de temps, on renouvelle le caustique sans laver la plaie ; à la fin du deuxième jour, on recommence encore : cette troisième application cause des douleurs violentes, une inflammation assez vive ; les tissus peuvent même s'œdématier ; puis tous ces phénomènes se dissipent rapidement dès que l'on a cessé de se servir de la préparation arsenicale. Pour hâter la cicatrisation des ulcérations produites, on les panse avec de l'onguent émollient iodoformé, dont voici la formule : onguent émollient, 9 parties ; iodoforme, 1 partie. — La formule de l'onguent émollient est la suivante :

Cire blanche	4 parties.
Blanc de baleine	5 —
Huile d'amande douce	32 —
Eau	16 —
Essence de rose	1 goutte.

Iodiques. — L'emploi de l'iode et de ses composés contre le lupus remonte à l'introduction de ces substances dans la thérapeutique. Nous parlerons plus loin des composés de l'iode et du mercure. Biett prescrivait contre le lupus l'iodure de soufre en pommade. Auspitz a conseillé d'enfoncer dans chaque nodosité lupique une aiguille conique ou triangulaire dont on trempe préalablement la pointe dans de la glycérine iodée au 1/20. Plusieurs dermatologistes badigeonnent les plaques lupiques avec de la glycérine iodée. Voici l'une des formules les plus usitées : iode, iodure de potassium, àà 5 grammes ; glycérine pure, 10 grammes.

Dans ces derniers temps, on a préconisé les vasogènes iodés. Lenglet a expérimenté avec succès dans notre service la préparation suivante :

Iodosol (vasogène iodé)	100 grammes.
Aristol	50 —
Dermatol	50 —

Nitrate d'argent. — Nous avons déjà vu en parlant du raclage, des scarifications, des cautérisations ignées, combien l'emploi du nitrate d'argent combiné avec ces divers procédés a été préconisé par quelques auteurs. Grâce à ses propriétés hémostatiques et caustiques, cette substance, d'après Kaposi, coagulerait le sang, produirait ainsi des thromboses vasculaires, et apporterait un obstacle réel aux récidives. On l'utilise surtout sous forme de crayon, mais aussi en solution à parties égales dans de l'eau distillée.

Acide pyrogallique. — On peut (*Schwimmer*) appliquer sur les surfaces malades l'acide pyrogallique sous la forme de pommade jusqu'à irritation suffisante, ou les badigeonner avec un pinceau imbibé d'une solution saturée d'acide pyrogallique dans l'éther et recouvrir la couche d'acide ainsi déposée avec de la traumaticine ; il se produit une irritation assez semblable à une forte vésication, souvent même il survient de la tuméfaction. On calme ensuite. La cicatrice que l'on obtient par ce procédé est lisse, disent les auteurs qui recommandent cette méthode. L'acide pyrogallique serait en effet un caustique électif qui ne s'attaquerait qu'au tissu morbide. On peut se servir aussi d'onguent au 1/10 étendu sur de la toile, de pommades au 1/10 et au 1/20, de collodion à l'acide pyrogallique au 1/10, salicylé ou non, d'emplâtre à l'acide pyrogallique pur ou combiné avec d'autres substances.

Nous avons beaucoup employé les pommades pyrogalliques fortes et faibles, les collodions et les emplâtres pyrogallés au 1/10 plus ou moins salicylés. Nous en avons parfois retiré des effets utiles dans les formes superficielles. Mais les résultats que nous avons obtenus nous ont le plus souvent paru fort incertains et toujours incomplets dans les lupus profonds. Nous pensons qu'il en est de même pour l'*acide chrysophanique*, la *chrysarobine*, l'*anthrarobine*.

Acide salicylique et créosote. — D'après Unna, l'acide salicylique est un caustique électif excellent, qui agit avec sûreté et régularité sur les éléments lupiques et qui respecte complètement les éléments sains. Il l'emploie sous forme d'emplâtres qui renferment 10 grammes d'acide salicylique par mètre. Pour les lupus caractérisés par des tubercules profondément enchâssés dans du tissu de cicatrice, il incorpore jusqu'à 30 et même 50 grammes d'acide par mètre d'emplâtre. Pour rendre ces topiques moins douloureux, il ajoute par mètre d'emplâtre 40 grammes environ de créosote, substance qui a de plus l'avantage d'exercer une certaine action antiseptique. La période douloureuse d'application ne dure plus alors que de cinq à quinze minutes; et, si l'on a le soin de badigeonner au préalable les surfaces malades avec une solution de cocaïne au 1/25, on annihile presque complètement les premières douleurs et l'on rend le traitement tout à fait tolérable. On peut activer l'effet des emplâtres en les recouvrant de cataplasmes chauds. On refait le pansement une fois et à la rigueur deux fois par jour. On nettoie alors soit avec du liniment oléo-calcaire, soit avec de l'huile, de l'axonge, du savon neutre et de l'eau chaude. Lorsque tous les tubercules ont été attaqués, on a recours à des préparations moins fortes, et, pour faire cicatriser les petites plaies formées, on panse avec des emplâtres au mercure, à l'acide phénique, à l'iodoforme ou à l'ichthyol. Il est bon que ces divers topiques dépassent les bords de la néoplasie lupique d'un demi-pouce. Voici la formule de l'emplâtre que prescrit E. Besnier : emplâtre diachylon, vingt parties; acide salicylique, cinq parties ; créosote de hêtre, une partie. Nous avons nous-même expérimenté cet agent, mais sans grand succès. Nous avons trouvé que le mélange d'acide salicylique et d'acide pyrogallique était plus efficace que l'acide salicylique seul. Nous avons surtout employé ces substances sous forme de collodion ; mais nous n'avons pas réussi à les rendre indolentes en y incorporant de la créosote ; les douleurs nous ont semblé, au contraire, un peu moins vives quand on y ajoutait de la cocaïne. Il nous a paru que ces moyens ne réussissaient que dans les néoplasies récentes et superficielles, qu'ils étaient presque inertes dans les lupus profonds et anciens.

Acide lactique. — L'acide lactique pur concentré en consistance sirupeuse a été employé dans ces derniers temps à l'étranger. En France, Doyen a repris ces essais

et en a obtenu de bons résultats dans trois cas de lupus ulcéreux de la face. Il l'applique au moyen d'un petit tampon d'ouate hydrophile qu'il laisse en place pendant quinze à vingt minutes : on ne peut mettre ce caustique en contact avec les parties malades pendant vingt-quatre heures que lorsqu'on ne craint pas la production d'escarres. Après avoir enlevé le tampon, on éponge soigneusement avec du coton sec. Comme l'acide ne respecte pas complètement la peau saine, il faut avoir soin d'enduire la périphérie du mal d'un emplâtre résineux ou de lanoline pour la protéger. Ces cautérisations ne sont que peu douloureuses ; on peut les répéter tous les jours : on se contente de panser avec un peu d'ouate hydrophile et de gutta-percha laminée après avoir épongé. Les cicatrices obtenues sont lisses, rosées d'abord, puis blanchâtres sans la moindre rétraction.

Voici les résultats de notre expérience personnelle au sujet de l'acide lactique : c'est un agent excellent dans tous les cas de tuberculose ulcérée. Suivant la sensibilité des personnes et des régions malades, nous nous servons d'acide lactique pur, dont l'action caustique est énergique, et dont l'application est parfois fort douloureuse (dans ce cas on peut faire auparavant des badigeonnages à la cocaïne), ou bien d'acide lactique coupé d'une ou de deux parties d'eau.

Les effets de l'acide lactique sont des plus marqués dans le lupus des muqueuses ; pour les favoriser, il est bon de racler légèrement ou de scarifier les parties malades, puis de faire le soir même ou le lendemain les applications d'acide lactique.

Quant aux lupus des téguments, à moins qu'ils ne soient ulcérés, il est indispensable de pratiquer tout d'abord une scarification, un raclage ou une cautérisation pour mettre à vif la partie malade, afin que l'acide lactique puisse agir rapidement et avec énergie. Même dans les cas de lupus profonds, anciens, s'accompagnant d'un épaississement notable du derme, il nous a semblé que l'acide lactique avait un certain effet utile et favorisait l'affaissement des tissus morbides.

Dans les cas de lupus récents caractérisés par quelques tubercules groupés et isolés, l'acide lactique, appliqué après des scarifications, active beaucoup la guérison, mais il laisse parfois des dépressions cicatricielles notables quoique sans le moindre tissu chéloïdien, difformités que l'on n'aurait pas eues si l'on n'avait employé que les scarifications seules ou combinées avec l'emplâtre de Vigo.

En somme, l'acide lactique est un agent des plus précieux dans le traitement des ulcérations tuberculeuses vraies et du lupus des muqueuses. Mais il faut s'en défier un peu quand il s'agit d'un lupus récent placé en une région très visible, comme le nez par exemple. Les résultats qu'il donne peuvent en effet être dans ces cas un peu inférieurs comme qualité de cicatrice à ceux que l'on obtient avec la scarification linéaire quadrillée et le Vigo combinés.

Dans les lupus ulcérés, après avoir cautérisé à l'acide lactique, il est bon de panser avec de l'iodoforme, de l'europhène, de l'ectogan, de l'aristol.

Résorcine. — On a recommandé l'emploi de la résorcine incorporée à parties égales de vaseline (Bertarelli) ou au cinquième (Mackey). On se sert aussi beaucoup à l'étranger d'emplâtres à la résorcine.

Hydronaphtol, naphtol camphré. — Piffard a employé une solution au dixième d'hydronaphtol dans de la traumaticine ; il faisait chaque jour un badigeonnage pendant une semaine ou plus, jusqu'à formation d'une croûte qu'il laissait tomber spontanément. Il recommençait cette série d'applications trois ou quatre fois.

Le naphtol camphré rend de réels services dans les cas de lupus ulcéré (voir article *Tuberculose*).

Mercuriaux. — Depuis fort longtemps déjà, on s'est servi de préparations mercu-

rielles contre le lupus ; les anciens dermatologistes ne considéraient ces substances que comme des caustiques : c'est ainsi qu'ils prescrivaient la pommade à l'iodochlorure mercureux au 1/40, au 1/20, la pommade au biiodure d'hydrargyre au centième ou à doses plus fortes (caustique excellent, de la plus grande efficacité, mais fort douloureux), la pommade de Rochard, etc...

Actuellement, on n'emploie guère comme préparation mercurielle que le sublimé, et c'est à cause de ses vertus antiseptiques et parasiticides que l'on s'adresse à lui.

C'est Doutrelepont (de Bonn), qui l'a mis en honneur. Voici quelle était la pratique de ce dermatologiste. Pour les infiltrations lupiques ordinaires, on fait des applications de compresses pliées en plusieurs doubles, trempées dans une solution de sublimé au millième et exprimées ; puis on les recouvre de gutta-percha laminée et d'une bande. On renouvelle le pansement aussi souvent que c'est nécessaire pour le maintenir constamment humide. Pour les paupières, on se sert de la pommade suivante : bichlorure d'hydrargyre 1 gramme ; faire dissoudre dans éther sulfurique, Q. S. ; ajoutez lentement vaseline, 100 grammes. Pour les lupus hypertrophiques des muqueuses, on fait des injections interstitielles de sublimé au centième.

Les malades supporteraient fort bien ces applications de sublimé : elles ne seraient pas douloureuses ; elles ne produiraient ni salivation ni autre phénomène d'intoxication, enfin les cicatrices consécutives seraient molles, souples, aplaties. Les seuls phénomènes d'irritation qui surviendraient consisteraint en une légère desquamation épidermique.

Payne a employé une solution de sublimé dans de la glycérine : il prescrivait de faire avec elle plusieurs onctions par jour. Il a surtout obtenu des résultats avec du collodion au sublimé ; ce topique détermine une inflammation suppurative du tissu lupique ; puis on fait cicatriser les ulcérations produites. Quand la néoplasie est superficielle, on peut arriver à la détruire complètement ; mais il n'en est pas de même quand l'infiltrat a envahi les couches profondes du derme : on n'a plus alors que des résultats incomplets.

D'après J.-C. White, qui a essayé les solutions et les pommades au sublimé, le lupus au début est rapidement modifié par les applications de bichlorure de mercure : on voit les tubercules subir des changements notables : en une semaine ils se ratatinent, pâlissent ; souvent même en un mois, en deux mois au plus dans les cas rebelles, ils s'affaissent au-dessous du niveau de la peau.

Dans les lupus anciens, le sublimé n'agit plus aussi bien : parfois il reste inefficace : dans les formes moins invétérées, mais caractérisées par des tubercules rouges, sombres, et par une profonde infiltration du derme, son action est fort lente quoique réelle ; enfin dans les formes scléreuses, cette action est presque insensible.

Le procédé d'Auspitz consiste à pratiquer des injections interstitielles d'une solution de sublimé au 1/200, puis au 1/100. Il se forme un léger œdème au voisinage des piqûres ; quelques-unes suppurent. On injecte chaque fois quelques gouttes de la solution. D'après Tansini, l'amélioration est rapide ; quatorze ou quinze injections amèneraient la guérison, et les seules cicatrices qui persisteraient seraient celles des piqûres qui auraient suppuré.

Mais nous devons ajouter que beaucoup d'autres dermatologistes ont employé le sublimé sans observer les résultats favorables que nous venons de faire connaître. Cette substance semble être surtout, comme l'emplâtre de Vigo ou l'emplâtre rouge, un adjuvant excellent des autres méthodes que nous avons étudiées : à elle seule, elle ne paraît pas avoir une efficacité suffisante.

Permanganate de potasse. — Cette substance à été surtout préconisée par Butte, puis par Hallopeau; elle a été primitivement employée par Kaczanowski qui l'utilisait en poudre fine dont il recouvrait le lupus après en avoir fait tomber les croûtes. Il se formait une escarre qui se détachait au bout d'une quinzaine de jours.

Voici la dernière technique (8 juin 1905), proposée par Butte.

a) *Lupus tuberculeux ulcéreux, croûteux, hypertrophiques* : — 1° Nettoyer les parties atteintes, soit avec de l'eau bouillie chaude et un savon antiseptique, soit avec l'émulsion :

Eau distillée	200 grammes.
Teinture de savon	50 —
Teinture de benjoin	5 —
Sublimé	5 centigrammes.

2° Tous les jours, lotions matin et soir, pendant cinq minutes, avec du coton hydrophile imbibé d'une solution chaude de permanganate à 1 p. 100 ou à 1 p. 50. Après chaque lavage, application pendant quinze à vingt minutes de compresses imbibées d'une solution de permanganate à 1 p. 50 ou 1 p. 30, suivant les susceptibilités des malades. Les compresses devront être recouvertes de taffetas gommé et changées toutes les cinq minutes. On peut ajouter aux solutions, si elles provoquent de la douleur, du chlorhydrate de cocaïne à 1 ou 2 p. 100.

3° Tous les deux jours, après le lavage du soir, remplacer les applications de compresses par les onctions avec un mélange de 5 p. 100 de permanganate dans l'alumine gélatineuse.

b) *Lupus plan non ulcéreux à marche lente, et lupus ulcéreux dans lesquels il reste des masses profondément infiltrées après la guérison des scarifications.* — 1° Scarifications atteignant tout le tissu malade;

2° Immédiatement après que l'hémorragie a cessé, onction avec le mélange : Silicate de soude, 100 grammes, permanganate de potasse, 5 grammes.

3° Les jours suivants alterner chaque soir les onctions ci-dessus avec des applications de compresses imbibées de la solution à 1/50 et même à 1/30.

4° Au bout de huit jours faire de nouvelles scarifications, et recommencer le même traitement jusqu'à guérison.

Natron résiné. — Lortet aurait obtenu de bons résultats dans des lupus rebelles avec des applications de compresses de coton arrosées de *natron résineux* : cette substance que les anciens Égyptiens employaient pour conserver leurs offrandes est composée de chlorure de sodium, 40 grammes; sulfate de soude, 60 grammes; carbonate de soude, 60 grammes; faire dissoudre dans trois quarts de litre d'eau; porter à l'ébullition et ajouter : myrrhe, oliban, bdellium, àà 50 grammes (agiter avant de s'en servir).

Méthodes mixtes. — Elles ont été recommandées par Unna qui a donné la formule suivante; acide salicylique, trichlorure d'antimoine, àà 2 grammes, créosote, extrait de chanvre indien, àà 8 grammes; lanoline, 8 grammes; étendre cette pâte en couche mince sur le lupus et recouvrir d'un emplâtre à l'oxyde de zinc ou d'une feuille de gutta-percha. On laisse en place vingt-quatre ou quarante-huit heures; on fait cicatriser; puis on recommence.

Quand on veut atteindre les nodules profonds, on emploie la pâte suivante : Potasse caustique, chaux vive, savon vert, eau distillée, àà p. ég. : on en applique l'épaisseur du dos d'une lame de couteau, on recouvre d'une mince couche d'ouate

humide et d'une feuille de gutta-percha : on enlève au bout d'un laps de temps qui varie d'une à plusieurs heures. Il se produit une escarre qui se détache au bout d'un certain temps. Il faut alors attaquer les nodules qui persistent : on introduit pour cela dans chacun d'eux de petits morceaux de bois pointus que l'on a auparavant plongés pendant un quart d'heure dans du trichlorure d'antimoine, puis on les coupe au ras de la peau : on recouvre d'emplâtre, et on laisse tout en place pendant quarante-huit heures.

Dans le même ordre d'idées nous nous servons assez souvent en France d'un emplâtre à l'acide salicylique, à la résorcine, à la créosote et à l'acide pyrogallique.

Les divers agents chimiques peuvent rendre quelques services lorsque les malades sont dans l'impossibilité absolue de recourir aux procédés dont nous allons maintenant parler, et lorsqu'ils se refusent à se laisser traiter par les méthodes sanglantes ou par les cautérisations ignées. Mais ce ne sont là en somme que des sortes de pis-aller.

Ils ne sauraient s'appliquer à tous les cas ; quelques succès isolés font leur fortune ; mais on est bien obligé de reconnaître, quand on les expérimente sur une grande échelle, qu'ils sont infidèles, et qu'ils ne peuvent remplacer ni la photothérapie, ni la scarification comme beauté de cicatrice, ni les cautérisations au galvanocautère, ni le raclage, ni surtout l'ablation chirurgicale comme rapidité de guérison. Cependant quelques faits sembleraient prouver que les cicatrices obtenues avec des caustiques violents sont plus solides et que la guérison est plus définitive par ces procédés qu'avec les autres méthodes.

C. Massage. — Unna a préconisé le *massage* sur un emplâtre médicamenteux pour réaliser une sorte d'auto-tuberculinisation.

Jacquet a recommandé le *pétrissage* profond pratiqué doucement plusieurs fois par jour pour agir sur l'infiltration et l'œdème.

Nous ne pouvons recommander ces procédés en apparence si inoffensifs : nous avons en effet observé un cas de mort rapide par généralisation tuberculeuse qui nous a paru nettement consécutive à des massages vigoureux pratiqués sur un lupus de la face avec une préparation résorcinée.

III. ***Méthodes dérivées de l'électricité.*** — Malgré leur air d'ancienneté, nous avons exposé tout au long les méthodes précédentes de traitement du lupus vulgaire parce qu'elles sont à la portée de tout praticien, parce qu'elles n'exigent pas pour être mises en œuvre, d'installations onéreuses et spéciales. Mais depuis quelques années la thérapeutique locale du lupus a subi une transformation radicale : on ne traite à l'heure actuelle pour ainsi dire plus cette maladie que par des procédés excellents d'ailleurs mais qui nécessitent des appareils croûteux et une éducation toute particulière de l'opérateur.

Nous recommandons expressément de les employer quand c'est possible de le faire, mais nous ne saurions trop répéter au praticien qu'il peut guérir un lupus sans y avoir recours.

Nous serons brefs sur l'exposé de ces méthodes, car, encore une fois, pour les employer, le médecin doit faire un apprentissage sérieux auprès des spécialistes qui les utilisent : une description donnée dans un livre ne saurait leur suffire.

A. Électrolyse. — Nous ne savons pas pourquoi cette méthode a été jusqu'ici si délaissée dans le traitement du lupus vulgaire. Théoriquement elle nous paraît

appelée à un réel avenir. Les premiers auteurs qui aient publié un travail à ce sujet sont Gartner et Lustgarten. Ils se servaient d'une électrode aplatie en argent, adaptée au pôle positif et qu'ils appliquaient sur la partie malade; puis ils faisaient passer un courant de 8 à 10 milliampères pendant dix minutes. Les points infiltrés par la néoplasie lupique étaient seuls décomposés; les autres ne l'étaient que peu ou point. Ils pansaient ensuite avec de l'iodoforme. La cicatrice était souple et pigmentée.

Hardaway se servait d'une aiguille qu'il enfonçait dans le tissu morbide.

Nous avons fait quelques tentatives dans ce sens : mais jusqu'ici nous n'avons obtenu aucun résultat appréciable. Nous introduisions une aiguille de platine adaptée au pôle négatif dans les tubercules de lupus, et nous faisions passer un courant de 5 milliampères jusqu'à désorganisation des tissus. Ce procédé est trop long et trop douloureux : il faut le reprendre sur de nouvelles bases. Peut-être la cataphorèse trouvera-t-elle dans le lupus vulgaire une de ses plus utiles applications.

B. Haute fréquence. — On a (Suchier, Strebel) préconisé les petites décharges d'étincelles de haute fréquence sur les nodules lupiques préalablement curettés ou non. En agissant avec intensité pendant dix à vingt-cinq secondes sur chaque point, le malade ressent une vive brûlure; le jour suivant l'épiderme se soulève, se détache ; il se forme un ulcère superficiel qui peu à peu se cicatrise. Les auteurs prétendent obtenir la guérison avec cicatrice belle et pâle en trois à cinq semaines. Ces résultats merveilleux ne concordent nullement avec ce que nous avons observé.

C. Photothérapie. — Depuis les publications de Finsen sur le traitement du lupus vulgaire par la photothérapie, cette méthode est considérée par beaucoup de dermatologistes comme constituant le procédé de choix pour cette affection (voir *Généralités*).

Les statistiques de Finsen et de ses continuateurs donnent la proportion de 80 p. 100 de guérison en moyenne. Tout le monde s'est extasié sur ces résultats. Nous ferons cependant observer qu'ils ne sont guère supérieurs à ce que l'on obtenait par les anciens procédés.

Les avantages réels de la Finsenthérapie sont surtout : 1° l'indolence des applications ; 2° la possibilité d'atteindre par ce procédé, bien appliqué, les nodules profonds ; 3° son efficacité réelle dans la grande majorité des cas ; 4° la beauté des cicatrices. Pas plus que les autres procédés, elle ne met à l'abri des récidives.

Les principaux inconvénients sont : 1° la longueur des applications qui durent chacune de trois à cinq quarts d'heure ; 2° leur énorme multiplicité pour arriver à la guérison : leur nombre varie de 50 à 200 et plus : la durée moyenne du traitement principal est de quatre à huit mois; 3° la cherté du traitement : la nécessité d'avoir des appareils coûteux ; 5° les difficultés réelles de sa bonne application. Il est en effet nécessaire de tenir les appareils et les lentilles en parfait état de propreté, de surveiller le foyer lumineux, et surtout la compression.

On peut avec avantage avant de commencer les applications photothérapiques réduire l'épaisseur des tissus quand ils sont végétants par un raclage superficiel, par des applications d'emplâtres mercuriels, de solutions de permanganate de potasse. Il faut en outre nettoyer soigneusement les surfaces sur lesquelles on doit agir (voir pour la technique les *Généralités*).

Les partisans les plus convaincus de la Finsenthérapie n'hésitent pas d'ailleurs, et nous ne saurions trop les approuver, à la combiner, quand cela leur paraît nécessaire, avec d'autres procédés tels que la galvano-cautérisation, la scarification, etc...

D'après notre expérience personnelle la photothérapie est le procédé de choix pour les lupus vulgaires moyens et étendus du front, des tempes, des joues, et en particulier de cette région qui s'étend de l'os malaire et du sillon naso-génien au rebord du maxillaire inférieur. *Aucune autre méthode ne lui est comparable dans ces cas.*

On essaie en ce moment de combiner la photothérapie avec les badigeonnages de solution de substances tinctoriales. Gailleton a fait connaître d'heureux résultats obtenus dans son service par la photothérapie directe après badigeonnages avec une solution d'éosine.

Héliothérapie. — Il était tout naturel de songer à guérir les lupus par l'exposition directe aux rayons solaires dans les pays où la douceur du climat rend cette méthode possible. On sait que sous les tropiques le lupus vulgaire est pour ainsi dire inconnu. Vidal (d'Hyères), Révillet (de Cannes), J. Reboul (de Nîmes), traitent depuis plusieurs années les lupiques en exposant les surfaces malades nues en plein soleil pendant deux heures par jour, en une ou deux séances, et cela plusieurs mois de suite.

D. Radiothérapie. — On sait (voir *Généralités*) que les rayons Rœntgen n'exercent aucune action destructive sur les microbes. Ils semblent avoir cependant une certaine efficacité dans quelques lupus vulgaires : d'assez nombreux auteurs ont publié des cas de guérison par cette méthode.

Elle est indiquée dans les cas graves, étendus, avec infiltration profonde, dans ceux où les autres procédés ont échoué. Le lupus scléreux paraît être très favorablement modifié par ce procédé. Par contre, Holzknecht conseille de ne pas l'employer dans les formes planes, non ulcéreuses, sans grande réaction cutanée périphérique. D'après lui elle transforme rapidement les formes ulcéreuses en formes planes non ulcéreuses, et dès lors il convient d'avoir recours à la photothérapie.

Les applications de rayons X doivent être faites avec plus ou moins d'intensité selon la gravité des lésions et leur profondeur. Il y a là des questions de technique fort importantes qu'il est à peu près impossible de préciser théoriquement et qui réclament un opérateur d'une habileté consommée pour régler la qualité et la quantité des rayons utiles.

D'une manière générale on peut dire qu'il faut éviter les radiodermites graves, et ne pas s'acharner à poursuivre par ce procédé la guérison des cas qui paraissent résister sans modifications apparentes après plusieurs applications, d'autant plus qu'il semble faciliter le développement de l'épithéliome sur les surfaces lupiques.

E. Radiumthérapie. — Voici ce que dit Danlos au point de vue du traitement des lupus vulgaires par le radium :

« Dans les lupus le traitement n'est vraiment pratique que pour les petites lésions.

« Il donne d'excellents résultats, et ceux-ci me paraissent durables. Si les lupus sont étendus, les résultats obtenus sont également très bons, mais ils demandent une longue patience, en raison de la multiplicité inévitable des applications. Pour ces derniers, je considère que l'emploi des rayons X est infiniment supérieur.

Néanmoins, leur traitement par les ampoules radifères n'est pas sans intérêt. En plaçant celles-ci par exemple, au milieu d'un vaste placard en activité assez longtemps pour déterminer la dermite ulcéreuse peut-être nécessaire à la guérison, on voit, au bout de quelques semaines, une cicatrice blanche, lisse et unie, se montrer au milieu du tissu morbide en activité, et la guérison partielle obtenue se maintient longtemps, même dans les lupus à tendance récidivante. On dirait que le radium a donné à la cicatrice une immunité qui pendant plusieurs années la protège contre les récidives » (Danlos).

Résumé des principales indications du traitement local du lupus vulgaire. — D'une manière générale, toutes les fois qu'il s'agit d'un petit lupus bien circonscrit situé en une région où l'ablation totale est possible, on doit en pratiquer immédiatement l'exérèse large avec le bistouri et réunir par première intention. Mais nous estimons qu'il faut, pour réduire au minimum les récidives, faire ensuite quelques séances de photothérapie ou de radiothérapie sur la cicatrice, ou tout au moins, si l'on ne peut employer ces procédés, y faire pendant fort longtemps des applications d'emplâtres actifs.

Quand il s'agit d'un lupus moyen situé au niveau des joues, au front, au menton, au cou, c'est la photothérapie qui constitue la méthode de choix, surtout s'il s'agit d'une jeune fille, d'une jeune femme pour laquelle il est de première utilité de guérir avec un minimum de cicatrice.

Si la photothérapie n'est pas applicable, nous conseillons avant tout d'avoir recours à l'ablation avec autoplastie, ou au raclage chirurgical profond avec cautérisations consécutives et pansements rigoureux. Ce ne sera que si le malade ne peut pas ou ne veut pas avoir recours à ces procédés que l'on emploiera les scarifications combinées avec les galvano-cautérisations et les emplâtres médicamenteux.

Quand il s'agit d'un très vaste lupus de la face, nous conseillons le raclage chirurgical pratiqué à fond avec cautérisations consécutives et pansements rigoureux. On fera, suivant la nécessité, deux ou plusieurs de ces grandes interventions, et on terminera la guérison totale, s'il persiste quelques noyaux, soit par de nouveaux grattages partiels, soit par des galvano-cautérisations.

Les lupus orificiels des narines, des paupières, des lèvres, doivent être traités par les scarifications linéaires quadrillées ; et, s'ils sont rebelles, par la radiothérapie. Ceux des oreilles sont justiciables du raclage, à la rigueur des scarifications, ou de la radiothérapie.

Ceux des membres peuvent être dégrossis par les applications de permanganate de potasse, puis traités par le raclage, les cautérisations consécutives et les pansements rigoureux. Il est évident qu'il faut les enlever purement et simplement quand ils sont peu étendus.

Les lupus des muqueuses peuvent être traités par le radium, ou bien par le raclage combiné avec les cautérisations à l'acide lactique : la galvano-cautérisation rend aussi des services dans ces cas.

Le lupus vorax doit être arrêté dans sa marche extensive par les scarifications linéaires quadrillées profondes[1].

[1] Pour tous les détails des indications du traitement local du lupus vulgaire d'après les caractères de la maladie, d'après l'âge, le sexe, l'habitat, les conditions sociales du lupique, voir la thèse de notre élève Paul Darbois (1901) qui a été faite d'après notre enseignement.

B. — Tuberculides.

A côté des dermatoses qui semblent être consécutives à l'inoculation directe du bacille de Koch, on doit ranger toute une série d'éruptions sur la nature exacte desquelles on discute encore, mais qui ont pour grand caractère commun de s'observer surtout chez des tuberculeux : il semble donc qu'elles aient des rapports étroits avec la tuberculose, d'où le nom de *tuberculides* que leur a donné Darier en 1896. On ne trouve pas d'ordinaire chez elles de bacilles de Koch.

Étiologie générale. — Elles se montrent souvent, avons nous dit, chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire, osseuse, articulaire, ganglionnaire ou cutanée évidente, à marche torpide, localisée et en quelque sorte atténuée : c'est ainsi qu'on les observe surtout chez ceux qui ont des écrouelles, des lupus, des tumeurs blanches, etc... Mais parfois aussi on ne peut trouver aucun de ces stigmates : l'enquête fait alors découvrir qu'un des ascendants ou des collatéraux est ou a été malade de tuberculose : mais ce commémoratif peut lui-même faire défaut. L'autopsie peut ne rien révéler. Les partisans irréductibles de la théorie des tuberculides répondent à ces faits négatifs incontestables qu'une tuberculose locale a existé chez ces sujets, mais qu'elle a passé inaperçue parce qu'elle était guérie au moment de l'examen ou de la nécropsie [1].

Anatomie pathologique générale. — Au point de vue anatomo-pathologique, les auteurs décrivent deux types distincts de tuberculides : 1° *dans le premier type* il y a formation « dans le derme d'un tissu tuberculeux caractéristique, composé de nodules ou follicules avec cellules géantes nombreuses, et de cellules épithélioïdes ou lymphoïdes ayant de la tendance à subir la dégénérescence caséeuse : Telle est la structure du *lichen scrofulosorum*, de l'*acnitis* », du lupus nodulaire disséminé, de l'érythème induré de Bazin ; « 2° *dans le deuxième type* les lésions consistent essentiellement en traînées de cellules rondes autour des vaisseaux du derme rétrécis ou dilatés : c'est ce que l'on voit dans le *lupus érythémateux*, la *folliclis*. Mais ces deux types de lésions ne sont pas irréductiblement distincts; au contraire ils se rattachent l'un à l'autre par des formes intermédiaires nombreuses. En partant de la structure du nodule tuberculeux représenté par l'acnitis, on arrive insensiblement et par une gradation descendante jusqu'à la lésion la plus simple constituée par l'infiltration dermique. De plus la lésion constante, qui relie ces types l'un à l'autre, est représentée par les altérations plus ou moins prononcées des vaisseaux sanguins. » (Laffitte, d'après Haury, *Pratique Dermat.*).

Inoculé aux cobayes, le tissu des tuberculides ne produit aucune infection. D'ordinaire il ne réagit pas à la tuberculine.

Symptomatologie générale. — Au point de vue symptomatique, les tuberculides ont pour caractères généraux d'évoluer par poussées successives, sans fièvre, sans état général grave. L'ensemble de l'évolution est habituellement assez long. Les éruptions sont souvent symétriques : elles affectent diverses localisations suivant les formes éruptives ; le lupus érythémateux aime la tête, surtout le nez, les joues et les oreilles, les mains ; le lichen scrofulosorum, le tronc ; les tuberculides papulo-

[1] Nous n'en disconvenons pas ; mais, raisonner de la sorte, c'est refuser d'avance toute discussion, et élever une opinion qui attend encore sa démonstration scientifique rigoureuse à la hauteur d'un dogme intangible.

nécrotiques, les membres, etc... Elles évoluent d'ordinaire spontanément vers la guérison, souvent avec cicatrice permanente consécutive, après un laps de temps des plus variables. Plusieurs formes éruptives peuvent coexister ou se succéder chez le même sujet : c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des tuberculides papulo-nécrotiques se développer chez des malades atteints de lupus érythémateux.

Pathogénie générale. — Au point de vue pathogénique on n'a pu jusqu'ici formuler que des hypothèses. L'hypothèse de l'existence d'une toxine tuberculeuse qui, introduite dans la circulation, provoquerait ces éruptions a été émise tout d'abord par Bœck et par nous-même pour le lupus érythémateux : elle a été étendue par Hallopeau à toute la classe des tuberculides qui sont devenues pour lui des *toxi-tuberculides*.

Darier fait remarquer que cette hypothèse n'explique pas les cas exceptionnels, mais incontestables, dans lesquels on a trouvé des bacilles de Koch dans certaines de ces lésions[1]. « D'après C. Bœck, les sujets atteints de tuberculides étant des tuberculeux, il est évident que si des bacilles circulent dans le sang, dans la lymphe, ils pourront se déposer sur les points où il existe déjà un trouble de la circulation; et il n'y aura rien de surprenant à ce que l'on trouve quelques rares bacilles dans le tissu des toxi-tuberculides, ou à ce qu'une toxi-tuberculide se transforme, par la multiplication de ces bacilles erratiques, en une vraie tuberculose cutanée. »

Darier et Haury proposent l'hypothèse suivante : les tuberculides résultent d'embolies de bacilles fort atténués, infiniment peu virulents, arrivés à la peau par la voie sanguine, et qui succombent promptement dans leur lutte contre la réaction phagocytaire ou bactéricide des tissus envahis. Les tuberculides ne seraient donc autre chose que des tuberculoses cutanées d'origine sanguine, bacillaires pendant quelque temps, inhabitées ensuite. Cette hypothèse explique, dit Darier, la présence accidentelle des bacilles dans les tuberculides : elle embrasse tous les faits connus. Elle permet de croire que les bacilles seront d'autant plus fréquemment découverts qu'on les recherchera dans des lésions plus récentes[2].

Pautrier dans sa thèse (p. 357) énumère ainsi qu'il suit les diverses théories pathogéniques des tuberculides (ses tuberculoses cutanées atypiques) :

1° La théorie des toxines tuberculeuses ou théorie des toxi-tuberculides;

2° La théorie qui admet l'action de microbes inconnus, différents du bacille de Koch, encore à découvrir;

3° La théorie de races spéciales de bacilles tuberculeux;

4° La théorie qui admet l'action de bacilles de Koch ordinaires, mais rares, en petit nombre, très difficiles à trouver;

[1] Nous n'avons pas mentionné ces faits plus haut parce qu'ils sont bien troublants pour la conception des tuberculides. Si les tuberculides renferment des bacilles, allons plus loin, si elles ont renfermé des bacilles à leur début, ce ne sont plus des tuberculides, ce sont des *tuberculoses locales*. Qui ne voit la vérité de ce que nous disions au début de ce chapitre? la conception des tuberculides est encore mal assise et fort discutable. Nous ne saurions trop faire remarquer avec Riehl que jamais injection de tuberculine n'a pu provoquer une éruption analogue à ce que nous décrivons sous le nom de tuberculide, et avec Nicolau (*Annales de Dermat.*, octobre 1903) que les toxines tuberculeuses seules ne peuvent déterminer des lésions histologiques de nature tuberculeuse.

Cependant Darier et Roussy ont réussi à provoquer chez des rats blancs des lésions analogues aux sarcoïdes sous-cutanées en leur injectant une solution d'un extrait chloroformé de bacilles morts (chloroformo-bacilline d'Auclair). (*Congrès de Berlin*, 1904).

[2] Inutile de répéter ce que nous venons de dire plus haut. Si cette hypothèse est reconnue exacte le groupe des tuberculides doit être rayé du cadre nosologique : ces éruptions ne seraient en effet que des tuberculoses cutanées. (Voir pour plus de détails la thèse de Pautrier.)

5° La théorie des bacilles tuberculeux morts.

C'est cette dernière théorie qui semble en ce moment rallier le plus d'adhérents.

1° Lupus érythémateux[1].

Synonymie. — Voici, d'après Jadassohn, la synonymie du *Lupus érythémateux : séborrhée congestive* (Hebra); *Lupus qui détruit en surface, Dartre rongeante qui détruit en surface; Érythème centrifuge* (Biett); *Lupus superficialis* (Parkes et Thompson); *Erythema lupinosum* (Veiel); *herpès crétacé* (Devergie); *Scrofulide érythémateuse, érythémato-squameuse et acnéique* (Hardy); *vespertilio or Bat's wing disease* (Balmanno Squire); *Lupus de Cazenave* (Neumann); *Lupus seborrhagicus* (Volkman); *Dermatitis glandularis erythematosa* (Morison); *Cazenave's disease* (Payne); *Erythema atrophicans* (Morrow); *Ulérythème centrifuge* (Unna); *Atrophodermatitis centrifuga* (Tommasoli); *Plasmoma discoïde atroffizzante* (Breda).

Vue d'ensemble. — Les formes morbides objectives auxquelles on donne le nom de *lupus érythémateux* sont actuellement considérées en France comme constituant la catégorie de beaucoup la plus importante des tuberculides.

D'après Lenglet, elles auraient les caractères communs suivants :

1° *Des phénomènes vasculo-conjonctifs* qui sont de beaucoup les plus importants et qui se traduisent par de l'érythème, parfois par des dilatations vasculaires et par de l'œdème plus ou moins marqué;

2° *Des phénomènes épithéliaux* qui consistent en de l'hyperkératose constante des orifices glandulaires ou des prolongements interpapillaires, ou même de toute la couche épithéliale qui couvre la tache érythémateuse, et qui se traduisent objectivement par l'existence d'une carapace rugueuse, sèche, plâtreuse, adhérente, ou simplement par une fine ponctuation blanche;

3° *Des phénomènes de régression cicatricielle* consécutifs qui sont très accentués ou à peine visibles.

« Les lupus érythémateux ont donc pour symptôme fondamental et constant un érythème rouge, rose ou livide, disposé très souvent symétriquement, mais pouvant aussi être disséminé en taches de distribution irrégulière situées çà et là sur le visage », sur le cuir chevelu ou les extrémités. « La rougeur est uniforme ou » parsemée de fines arborisations capillaires irrégulièrement réparties. L'aspect complètement rouge est très rare, et le lupus érythémateux réduit à ce symptôme est exceptionnel; le plus souvent, un fin piqueté blanc se détache sur le fond rouge qui encadre les ponctuations d'un réseau d'une grande finesse. » (Lenglet, *Pratique Dermat.*). Dans quelques cas rares fort superficiels et extensifs, la surface des plaques semble lisse, unie, non squameuse. Presque toujours elle est recouverte de squames minces, très adhérentes, qu'on ne détache qu'avec peine, et qui présentent de fins prolongements d'un blanc grisâtre, lesquels s'engagent dans les pores de la peau. Ces squames peuvent être extrêmement abondantes, stratifiées, plâtreuses ou rugueuses, inégales, blanchâtres, ou beaucoup plus molles et presque séborrhéiques. Le derme sous-jacent, dont on n'aperçoit parfois la rougeur qu'à la périphérie en fine bordure lorsque les squames sont fort épaisses, est plus ou moins

[1] Les auteurs que cette question intéresse devront se reporter à l'admirable article de Jadassohn (*Handbuch der Hautkrankheiten de Mracek*, 1904), et à celui de Lenglet (*Pratique dermat.*, t. II, p. 362).

infiltré suivant les cas ; parfois il donne à peine une sensation de léger œdème et de parcheminement; parfois il est aussi profondément atteint que dans le lupus vulgaire; parfois il donne au toucher une véritable sensation de cartilage.

Dans les formes superficielles, le lupus érythémateux arrive assez souvent à la guérison sans laisser la moindre cicatrice; presque toujours, à mesure qu'il évolue, il se forme à son centre une cicatrice déprimée plus ou moins profonde, plus ou moins accentuée suivant les cas, et indélébile.

Cette longue définition objective des lupus érythémateux pourrait à la rigueur être condensée dans le mot *Ulérythème* dû à Unna et proposé par lui pour désigner toutes les lésions érythémateuses des téguments qui peuvent aboutir à un processus cicatriciel. Mais tous les ulérythèmes ne sont pas des lupus érythémateux.

Division du sujet. — Dans le groupe morbide que nous venons d'esquisser, nous croyons que l'on doit décrire deux types cliniques assez distincts l'un de l'autre au point de vue purement symptomatique et évolutif :

1° *Le premier* est caractérisé par sa localisation très spéciale aux deux joues, en particulier aux pommettes, à la face dorsale du nez, aux oreilles, par sa symétrie absolue, par sa superficialité, par ses tendances congestives, par son évolution des plus capricieuses, par son extension rapide, par ses alternatives d'amélioration ou même de disparition, puis d'aggravation.

Nous lui avons donné le nom de *lupus érythémateux symétrique aberrant :* pour éviter toute confusion nous avons proposé de l'appeler *érythème centrifuge symétrique :* il comprend le *vespertilio* de quelques auteurs.

2° *Le second* est caractérisé par sa localisation en un point quelconque de la face, par son unilatéralité, ou par un défaut de symétrie quand il est bilatéral, par sa profondeur, par sa fixité, par son évolution assez lente : nous lui avons donné le nom de *lupus érythémateux fixe*.

Entre ces deux formes existent tous les intermédiaires ; d'innombrables faits de passage établissent entre elles d'insensibles transitions. Assez souvent elles coexistent chez le même sujet[1].

[1] Voici la classification des lupus érythémateux que Lenglet adopte dans son article de la *Pratique Dermatologique*.

A. Lupus érythémateux fixe. — Il comprend :

a) *Des formes épithéliales*. — Herpès crétacé ; scrofulide acnéique ; lupus érythémato-acnéique ; ulérythème acnéiforme d'Unna ;

b) *Des formes vasculaires et épithéliales mixtes*. — 1° Lupus érythématoïde ; 2° Lupus exanthématique profond de Brocq ; 3° séborrhée congestive; 4° lupus érythémato-folliculaire d'E. Besnier ; 5° Formes voisines de l'angiokératome.

B. Lupus érythème centrifuge symétrique. — Il comprend :

a) *Des formes congestives pures*. — 1° Érythème centrifuge proprement dit ; 2° quelques érythèmes dits persistans ; 2° certains lupus à forme de couperose ; 4° le lupus pernio ;

b) *Des formes épithéliales et vasculaires mixtes*. — 1° Pityriasiforme ; 2° psoriasiforme ; 3° séborrhéique ; peut-être l'ancienne séborrhée congestive ; 4° quelques formes rares voisines de l'angiokératome.

C. Lupus exanthématique généralisé :

a) *Aigu*. — Forme Kaposi avec phénomènes généraux graves ;

b) *Subaigu*. — Avec ou sans phénomènes généraux.

D. Variétés du lupus érythémateux suivant le siège :

a) *Régions externes ;*

b) *Muqueuses*.

Cette simple énumération permet de saisir d'un coup d'œil toute la complexité de cette étude que nous sommes obligés d'écourter dans cet ouvrage élémentaire.

I. *Érythème centrifuge symétrique.*

Symptômes. — *L'érythème centrifuge symétrique* (*érythème centrifuge* de Biett, *séborrhée congestive* de Hébra) débute le plus souvent dans sa forme typique par des rougeurs congestives de dimensions fort variables, minimes au début, de la grandeur d'une tête d'épingle ou d'une lentille, parfois plus étalées, qui deviennent de plus en plus vives. Elles peuvent se recouvrir au centre d'une petite croûtelle séborrhéique, mais ce n'est pas constant. Cette croûtelle présente à sa partie profonde adhérente des sortes de prolongements blanchâtres qui s'enfoncent dans les orifices du derme. Celui-ci est d'un rouge vif; en le regardant avec beaucoup d'attention, il est facile de voir qu'il est comme marbré de quadrillages d'un rouge intense, dont les mailles offrent à leur partie centrale un petit piqueté jaunâtre. Tout autour de cette tache initiale se trouvent de nombreuses arborisations vasculaires.

Fig. 104. — Lupus érythémateux superficiel de la pommette gauche au début.

Presque toujours le derme est un peu infiltré et tuméfié, de telle sorte que les plaques font une légère saillie.

Les plaques d'érythème centrifuge typique ont, comme le nom de la dermatose l'indique, une tendance marquée à l'extension centrifuge; elles s'étalent par leurs bords avec une rapidité très variable, souvent assez grande surtout au moment du printemps.

A mesure qu'elles s'agrandissent, leur centre se déprime dans la majorité des cas, mais pas toujours: parfois même elles guérissent *sans laisser aucune trace de leur évolution dans les formes typiques;* dans les formes d'un diagnostic difficile qui constituent des faits de passage avec les lupus érythémateux

Fig. 105. — Lupus érythémateux de la face dorsale du nez et des joues. Lupus vespertilio (variété superficielle, aberrante).

fixes, il peut persister une légère modification cicatricielle du derme, qui est lisse, blanchâtre, un peu déprimé, chagriné et comme atrophié, parfois même assez profondément raviné.

A la périphérie des plaques existe une bordure plus ou moins large, plus ou moins tuméfiée, d'une rougeur vive qui disparaît en grande partie par la pression du doigt, en laissant presque toujours une teinte jaunâtre d'infiltration : c'est la zone d'activité ou d'extension.

Le siège de l'érythème centrifuge est assez spécial. Il se développe symétriquement sur les pommettes, sur la face dorsale du nez, et il est fréquent de lui voir

occuper chez un même sujet ces trois points d'élection. Souvent ces plaques arrivent à se réunir, de telle sorte que la configuration générale de la dermatose est alors celle d'une chauve-souris dont les ailes étendues seraient figurées par les plaques des pommettes, et le corps par les foyers de la face dorsale du nez, d'où le nom de *vespertilio* que quelques auteurs lui ont donné.

Les autres régions qui sont le plus souvent atteintes sont le cuir chevelu où l'affection peut être localisée et où il existe fréquemment des foyers multiples, les oreilles où il faut toujours en chercher les traces, et où il simule les engelures à tel point qu'il est fort difficile de faire le diagnostic, ce qui constitue une variété érythémateuse de ce que l'on a appelé le lupus pernio, les lèvres où il est fort rare, car ce sont surtout des formes de lupus érythémateux fixes qu'on y observe. Il peut d'ailleurs envahir dans son extension toutes les autres régions de la face soit par progression des grandes plaques primitives, soit par production de foyers nouveaux.

Fig. 106. — Lupus érythémateux de la face dorsale du nez et des joues (Variété assez profonde, ayant un peu de l'aspect général de l'herpès crétacé.

Une des grandes difficultés de cette question si complexe des érythèmes centrifuges et des lupus érythémateux fixes, c'est que l'on observe assez souvent sur le cuir chevelu des sujets atteints d'érythème centrifuge typique du visage des plaques absolument semblables comme aspect et comme évolution à des plaques de lupus érythémateux fixes (voir plus loin le chapitre *Étiologie.*) Ces plaques qui se développent ainsi sur les régions pileuses y déterminent une alopécie irrémédiable par destruction complète des bulbes pileux et par formation d'une cicatrice blanche déprimée absolument glabre.

Ces alopécies circonscrites sont faciles à diagnostiquer, grâce à leurs contours géographiques et aux caractères de la cicatrice : il y a cependant certaines affections voisines comme processus morbide des acnés ou des folliculites, dans lesquelles l'aspect des plaques alopéciques est presque identique (voir *Folliculites*, et surtout *Pseudo-pelade*).

L'érythème centrifuge se développe assez fréquemment aux mains, aux doigts en particulier; comme aux oreilles, il y est symétrique, simule les engelures (*lupus chilblain* d'Hutchinson) et y est constitué par des plaques arrondies ou allongées, entourées d'une zone saillante rouge violacée, dont le centre est parfois un peu déprimé et blanc grisâtre.

La zone rouge d'activité de l'érythème centrifuge est, ainsi que nous l'avons dit plus haut, assez souvent recouverte d'une sorte de croûtelle squameuse séborrhéique, molle, que l'on peut malaxer entre les doigts et qui porte sur sa face dermique de petits prolongements blanchâtres.

Dans d'autres cas, elle n'est recouverte que de fines squames sèches, grisâtres ou noirâtres, plus ou moins adhérentes (*variété pityriasiforme*) ; parfois la rougeur est plus étalée, recouverte de véritables lamelles épidermiques blanchâtres (*variété psoriasiforme*) ; parfois la rougeur existe seule sans desquamation apparente (*variété érythémateuse pure.*)

Variétés. — Les variétés d'érythème centrifuge symétrique que l'on a décrites sont très nombreuses, et nous venons, dans le courant de cette description, d'en indiquer plusieurs ; malheureusement leur étude est totalement à reprendre, car on a confondu jusqu'ici les types fixes et aberrants, lesquels, cliniquement au moins, nous paraissent distincts, mais qui sont reliés entre eux par des types intermédiaires.

L'une des variétés les plus intéressantes est la *variété érythémateuse pure*, des plus superficielles, caractérisée par de simples rougeurs congestives à bord circinés assez nets, le plus souvent symétriques : il y a peu ou point de desquamation. Cette dermatose envahit la face avec la plus grande rapidité, rétrocède et récidive de même, et ne laisse après elle aucune cicatrice quand on a eu le bon esprit de ne pas instituer de médication intempestive. C'est bien là le véritable érythème centrifuge ou pour mieux dire extensif. Ses grands caractères, nous le répétons, sont sa superficialité et sa mobilité.

Une deuxième variété également digne d'attention est celle qui simule au début la couperose variqueuse à tel point qu'il est impossible de saisir le moment précis où la couperose cesse et où l'érythème centrifuge commence. Elle s'observe souvent chez des sujets atteints de kératose pilaire (voir ce mot). Le derme est rouge, congestionné, sillonné de fines arborisations vasculaires, qui deviennent de plus en plus nombreuses ; c'est bien de la couperose pure, puis en un ou plusieurs points se forme une croûte pseudo-séborrhéique adhérente caractéristique : l'érythème centrifuge est constitué.

Cette variété se relie étroitement à celle qui débute sous l'aspect d'une plaque de séborrhée circonscrite, et qui doit être presque toujours rangée dans les lupus érythémateux fixes ; nous en parlons ici pour ne pas compliquer la description. Au lieu d'être diffus comme dans la variété précédente les bords sont nettement arrêtés ; le derme n'est ni très tuméfié ni très congestionné : il est rouge, recouvert d'une croûte séborrhéique adhérente, et il est au début extrêmement difficile, sinon impossible, de dire si l'on se trouve en présence d'une simple plaque de séborrhée concrète, d'un érythème centrifuge, d'un lupus érythémateux fixe ou d'un épithéliome au début (voir *Séborrhée* et *Épithéliome*).

Vient ensuite en allant des variétés superficielles aux variétés plus profondes la forme vulgaire typique, celle dont nous avons tout d'abord donné la description, puis le *lupus pernio* (*Lupus chilblain, lupus érythémateux livide*) qui a tant de relations avec les engelures, avec l'asphyxie locale des extrémités, et avec certaines formes de lupus vulgaire.

Signalons en passant les relations étroites qui existent entre certains lupus érythémateux des mains et de la face, l'angiokératome et les engelures.

La face et les mains peuvent être le siège d'un œdème dur, persistant, presque éléphantiasique, soumis à des variations suivant l'évolution de l'affection. Dans quelques cas, l'élément vasculaire télangiectasique devient essentiellement prédominant : on dirait, même au visage, que l'on est en présence d'aggrégats d'angiokératomes, ou de télangiectasies groupées.

Il est probable que le lupus télangiectodes disseminatus de Majocchi rentre dans ce groupe. Nous avons vu des albuminuries graves coïncider avec cette forme.

Ces diverses variétés se compliquent parfois de poussées inflammatoires suraiguës pendant lesquelles les téguments sont tuméfiés, d'un rouge vif ; l'affection s'étend alors avec rapidité. On a signalé l'apparition de bulles au début ou pendant le cours des formes aiguës.

L'érythème centrifuge symétrique, comme le lupus érythémateux fixe, est souvent assez sensible au contact et à la pression.

Nous ne savons pas si l'érythème centrifuge typique s'observe sur les muqueuses ; nous croyons qu'il peut envahir les lèvres. Nous avons dit plus haut que la plupart des faits de lupus érythémateux des lèvres et surtout des muqueuses que nous avons vus jusqu'ici nous ont paru devoir être rapportés à ce que nous désignons sous le nom de lupus érythémateux fixes.

II. *Lupus érythémateux fixes.*

Symptômes. — Le *lupus érythémateux fixe* comprend de bien nombreuses variétés. Comme types de cette dermatose, nous décrirons les aspects suivants :

Sur une pommette se montrent un ou plusieurs foyers voisins caractérisés par une rougeur vive, par un quadrillage d'un rouge intense ponctué de points blancs ;

Fig. 107. — Lupus érythémateux télangiectasique à petites plaques multiples ayant des relations avec l'angiokératome de Mibelli (Œdème accentué de la face concomitant).

le centre est plus ou moins déprimé suivant l'âge et l'extension de la plaque; il a des tendances à la cicatrice et à l'atrophie dermique. A la périphérie se trouve la zone d'activité recouverte de squames ou de croûtes plus ou moins épaisses et adhérentes, parfois d'un enduit gras, jaunâtre, croûteux, ressemblant à celui de l'acné sébacée concrète. L'aspect est en somme assez semblable à celui des éléments de l'érythème centrifuge typique, mais quand on saisit la partie malade entre le pouce et l'index, on voit que la néoplasie repose sur une base indurée quasi cartilagineuse des plus profondes. L'évolution et l'extension se font avec la plus grande lenteur, et l'affection est des plus rebelles au traitement. Le plus souvent elle n'est pas symétrique (*lupus érythémateux profond*).

On voit parfois une lésion tout à fait semblable comme aspect à la précédente s'installer en un point quelconque d'une joue, et évoluer fort lentement sur un noyau d'induration profonde. Puis apparaissent çà et là sur la cicatrice, ou même au milieu de la zone active, de petits points jaunâtres minuscules, mous et friables, qui ont l'aspect, la consistance et l'évolution des tubercules de lupus vulgaire. C'est la *forme dite mixte* ou *érythémato-tuberculeuse* (*Lupus vulgaire érythéma-*

toïde de Leloir). A notre sens, elle ne doit pas être rangée dans le lupus érythémateux, mais dans le lupus vulgaire : elle n'est en somme qu'un lupus vulgaire présentant à son début une phase pendant laquelle il simule le lupus érythémateux. (Voir article *Lupus vulgaire*).

Fig. 108. — Lupus érythémateux fixe. (La bordure externe est en activité, en dedans il existe une cicatrice blanche déprimée.

Dans une autre variété des plus importantes, la zone d'envahissement est rouge, étroite, recouverte d'une couche squameuse, grisâtre, fort adhérente, plus ou moins épaisse, constituée par de tous petits éléments épidermiques qui s'effritent par le grattage : il semble parfois qu'elle soit composée d'éléments acnéiformes minuscules rangés les uns à côté des autres. Au centre se trouve une cicatrice indurée, blanche, déprimée, assez irrégulière, indélébile. Les sièges de prédilection sont les pommettes, le nez, les narines et les oreilles lesquelles peuvent être rongées et mutilées. Cette dermatose est souvent unilatérale : elle peut être aussi bilatérale, mais elle ne présente presque jamais une symétrie aussi absolue que les formes typiques d'érythème centrifuge. Les foyers sont en effet nombreux parce que les points d'inoculation ont très probablement été multiples, mais il n'y a pas en réalité de tendance naturelle de l'affection à l'évolution symétrique. Elle a été décrite par Devergie sous le nom d'*herpès crétacé*, par Chausit sous celui d'*acné atrophique :* c'est le *lupus érythémato-acnéique,* ou *lupus erythematosus discoïdes* des auteurs modernes. Elle peut être considérée comme une forme de transition entre les formes superficielles et aberrantes, et les formes profondes ou fixes des dermatoses que nous étudions.

Fig. 109. — Lupus érythémateux fixe du cuir chevelu, région temporale : l'alopécie est complète au niveau des plaques.

Le lupus érythémateux fixe s'observe rarement aux muqueuses proprement dites ; par contre, il envahit assez souvent les lèvres où il empiète parfois sur leur face muqueuse propre.

A la muqueuse buccale il forme des plaques de grandeurs variables, d'un rouge vif ou violacé, un peu déprimées et irrégulières au centre où l'on voit une cicatrice blanche, grisâtre ; il existe à leur niveau un peu d'empâtement ou de parcheminement de la muqueuse. Parfois elles sont entourées d'une zone blanchâtre, saillante, quasi leucoplasique, parcourue de stries rayonnées. Parfois au contraire leur rougeur se fond insensiblement avec la coloration normale des régions saines.

Aux lèvres, en particulier à la lèvre inférieure qui est le plus souvent atteinte, les tissus sont d'ordinaire assez infiltrés et épaissis ; ils sont parfois fissurés, exulcérés et douloureux.

Le lupus érythémateux de la langue existe, mais il est fort rare et mal connu. Il est caractérisé par des plaques irrégulières, rouges, dépapillées, impossibles à dia-

gnostiquer par elles-mêmes, et dont on ne soupçonne la nature que par la coexistence d'un lupus des lèvres ou de la face.

D'après Thomas Smith (mucous membrane lesions in lupus erythematosus : *the Bristih Journal of Dermat.*, fév. 1906, p. 59), les lésions des muqueuses dans le lupus érythémateux sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit : elles s'observeraient surtout dans les lupus disséminés et à la face interne des joues.

Les mains et les pieds peuvent être envahis en même temps que le visage dans les formes aberrantes extensives, ce qui est assez relativement fréquent. Elles peuvent être prises primitivement, ce qui est rare.

Aux doigts le lupus érythémateux affecte surtout la forme qui a été décrite à l'étranger sous le nom de *Lupus engelure* (Lupus chilblain). Le doigt est parfois atteint dans son ensemble ; il est rouge bleuâtre, tuméfié, œdématié : parfois il présente çà et là des plaques érythémateuses congestives plus ou moins bien limitées. Assez fréquemment on y observe des nécroses dues à des thrombo-phlébites oblitérantes, puis des ulcérations fongueuses, qui ont peu de tendance à la guérison. La peau est froide, humide, douloureuse : il y a de l'acroasphyxie : souvent le tableau morbide se complique d'angiokératomes.

Les ongles sont parfois directement atteints par le processus morbide qui envahit leur matrice : ils deviennent alors ternes, dépolis, friables. On y a signalé des troubles trophiques.

Le lupus érythémateux de la face dorsale des mains et des pieds n'offre aucune particularité.

Formes insolites. — La plus importante est celle à laquelle on a donné le nom de *Lupus exanthématique généralisé* (voir pour plus de détails l'article de Lenglet).

On en a distingué deux variétés : a) *aiguë ;* b) *subaiguë.*

a) *Forme aiguë.* — Elle a été décrite par Kaposi en 1872 : elle survient d'ordinaire chez des femmes ou chez des jeunes filles atteintes de lupus érythémateux de la face. L'éruption se généralise assez brusquement en s'accompagnant d'une fièvre intense allant jusqu'à 40° et d'un état général grave, avec courbature, douleurs articulaires et musculaires. L'envahissement se fait par des sortes de petites papules rouges ou violacées, un peu squameuses au centre, qui s'étalent rapidement et deviennent confluentes de manière à former de vastes nappes : parfois les éléments restent disséminés et sont très multiples. Kaposi a signalé de la rougeur vive avec œdème de la partie médiane de la face, à laquelle il a donné le nom d'*Erysipelas perstans faciei.* Dans certains cas on a relevé l'existence de nodules érythémateux profonds atteignant le tissu cellulaire sous-cutané. D'autres formes de tuberculides (voir plus loin) peuvent venir compliquer la scène morbide.

Outre les douleurs que nous avons mentionnées, on observe dans certains cas de la périarthrite polyarticulaire avec gonflement œdémateux noueux, douloureux, de la peau et des tissus tendineux et conjonctif.

Cette forme morbide est des plus graves, souvent mortelle : la terminaison fatale peut se faire par aggravation progressive de tous les accidents, par bronchopneumonie, pleurésie, méningite.

b) *Forme subaiguë.* — Les lésions cutanées sont presque identiques à celles de la forme précédente : mais les phénomènes généraux manquent ou sont fort atténués.

L'éruption se caractérise par une grande rapidité de production et d'extension. Dès le début elle affecte l'aspect de taches érythémateuses, plus rarement de vésico-

pustules, d'éléments semblables à ceux de l'impétigo, de l'hydroa vacciniforme : dans ces derniers cas les éléments vésiculeux ou pustuleux se dessèchent vite et laissent après eux une base rouge un peu infiltrée, légèrement squameuse, qui s'étale et prend l'aspect typique du lupus érythémateux aberrant.

Rapidement le visage, les mains sont envahis ; puis presque toujours les membres, le haut du tronc, assez souvent les muqueuses sont pris à leur tour.

Bien que la rétrocession de ces phénomènes éruptifs et une quasi-guérison ne soient pas exceptionnels, le pronostic dans cette forme reste assez réservé ; il n'est pas rare de voir les malades succomber au bout de quelque temps à une tuberculose viscérale.

2° Formes simulant d'autres dermatoses. — Nous les avons déjà mentionnées en esquissant la symptomatologie du lupus érythémateux. Rappelons ici que nous avons vu cette affection simuler :

a) *Les psoriasis et les parakératoses psoriasiformes.* — Elle en diffère par un peu plus d'infiltration, des squames plus adhérentes, l'impossibilité d'avoir par le grattage le signe de la rosée sanglante pathognomonique du psoriasis, enfin par une plus grande résistance à la médication.

b) *Le lichen plan.* — Elle en diffère par l'évolution, par les localisations, les réactions thérapeutiques, le peu d'intensité du prurit.

c) *L'hydroa vacciniforme, l'impétigo.* — Elle ne simule ces affections qu'au début ; très rapidement les caractères particuliers au lupus érythémateux deviennent évidents.

d) *L'angiokératome.* — A côté des éléments d'angiokératome, il y en a qui sont pathognomoniques du lupus érythémateux.

e) *L'acné sébacée concrète.* — Comme nous l'avons dit plus haut, il y a des cas dans lesquels il est impossible au premier abord de dire si un élément éruptif caractérisé par une plaque rouge avec squames grisâtres plus ou moins grasses, et adhérentes, est de la séborrhée concrète, ou un lupus érythémateux au début, ou un épithéliome au début. Quand le sujet est jeune, c'est presque toujours d'un début de lupus érythémateux qu'il s'agit.

f) *Le lupus vulgaire* (voir ci-dessous ce que nous disons du lupus érythémato-tuberculeux).

g) *L'atrophie en plaques de la peau.* — D'après Thibierge (*Annales de dermat.* déc. 1905), ce syndrome doit rentrer dans le lupus érythémateux et être considéré comme une tuberculide. Il y aurait lieu d'après lui de décrire une forme de lupus érythémateux caractérisée par des plaques d'atrophie cutanée à marche lentement extensive, d'abord un peu rouges, puis peu à peu livides, puis à peine bleuâtres, enfin blanchâtres. La périphérie peut rester beaucoup plus longtemps colorée que le centre. La peau a perdu son élasticité : elle se plisse facilement et reprend lentement son aspect, d'où le nom d'*anétodermie* (ἀνετος, mou) proposé pour ces faits par Jadassohn (voir *Atrophies cutanées*).

h) *La pseudo-pelade* (voir ce mot pour la discussion des faits de passage qui existent entre cette forme morbide et le lupus érythémateux du cuir chevelu).

i) Enfin on a signalé la présence *de bulles* au début ou dans le cours des formes aiguës. Audry a observé cette complication dans une variété chronique vulgaire.

3° Formes mixtes et associées. — Des faits personnels nous portent à croire que le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux peuvent coexister chez le même sujet et

au même point. Nous avons vu le lupus érythémateux du bout du nez coexister avec un lupus vulgaire des fosses nasales.

Le vrai lupus *érythémato-tuberculeux* n'est qu'une association des nodules du lupus vulgaire aux lésions du lupus érythémateux fixe (voir plus haut la description de cette forme morbide).

Les diverses variétés objectives des tuberculides peuvent s'observer chez le même malade en même temps que le lupus érythémateux : nous citerons surtout les tuberculides papulo-nécrotiques, le lichen scrofulosorum, l'érythème induré de Bazin.

L'asphyxie locale des extrémités constitue fort souvent le terrain de prédilection sur lequel évolue le lupus érythémateux aux extrémités, au nez, aux pommettes, aux oreilles..

Marche. Durée. Terminaisons. — Ce qui précède montre combien l'évolution des dermatoses comprises sous le nom de lupus érythémateux varie selon les formes de la maladie, selon le sujet, selon les époques de l'année.

Presque toujours au printemps, souvent même à l'automne, l'érythème centrifuge augmente d'intensité. Après une durée qui varie de quelques mois à plusieurs années, il tend spontanément à la guérison, et disparaît sans laisser de traces ou en laissant des cicatrices blanches déprimées plus ou moins marquées, parfois indélébiles, et qui permettent souvent d'affirmer le diagnostic dans les cas un peu douteux. Rien de plus capricieux d'ailleurs, rien de plus déconcertant pour le médecin que l'évolution de cette forme : elle guérit parfois pour ainsi dire sans traitement, sans aucun motif; parfois elle subit des poussées imprévues.

Quant aux formes fixes, elles ont une évolution presque identique à celle du lupus vulgaire : elles ont peut-être plus de tendance que lui à guérir spontanément, en laissant des cicatrices déprimées au niveau desquelles le derme est atrophié et a subi la transformation.

Parfois les formes fixes peuvent se compliquer de poussées d'érythème centrifuge, et réciproquement.

Complications. — Les *formes communes du lupus érythémateux* se compliquent parfois : a) d'*adénopathies* qui sont rares, et qui indiquent d'ordinaire l'existence d'un lupus érythémato-tuberculeux ; b) d'*épithéliome* dont la présence est également une forte présomption en faveur d'un lupus érythémato-tuberculeux, quoiqu'on en ait publié quelques cas qui semblent probants dans le lupus érythémateux vrai (Nielsen, Dezwarte, Desbonnets, Taylor, Kaposi, Pringle, Neisser, Pautrier).

Les formes aiguës généralisées se compliquent assez souvent : a) *de poussées inflammatoires pseudo-érysipelateuses* qui peuvent aboutir après plusieurs récidives à des œdèmes persistants ; b) d'*albuminurie transitoire ou constante* pouvant être très accentuée; c) comme nous l'avons vu plus haut d'un état général grave, d'arthropathies, etc.

Anatomie pathologique. — Voici comment Lenglet résume les lésions histologiques du lupus érythémateux *au début :*

« Infiltration locale périvasculaire siégeant surtout autour du réseau sous-papillaire et du réseau périglandulaire, moins abondante le long des vaisseaux des papilles. Dilatations considérables et irrégulières des capillaires avec œdème papillaire léger. Hyperkératose folliculaire très peu accentuée. »

A la période d'état les lésions épidermiques sont multiples : « on peut les définir ainsi : atrophie généralisée de toutes les couches non cornées, hyperkératose géné-

ralisée avec prédominance à l'embouchure des sébacées et des sudoripares; œdème épidermique avec ou sans corpuscules migrateurs interstitiels La couche granuleuse manque à peu près complètement partout... »

« Les phénomènes dermo-vasculaires sont extrêmement variables d'un cas à l'autre... L'infiltrat se fait en deux points principaux : dans le quart ou la moitié supérieure du derme avec prédominance autour du réseau vasculaire sous-papillaire, et dans toute la hauteur du derme jusqu'au voisinage de l'hypoderme en suivant les vaisseaux des glandes sébacées et sudoripares... Partout où se produit l'infiltrat le tissu conjonctif fondamental disparaît plus ou moins rapidement, les fibres élastiques sont détruites, et l'atrophie terminale se prépare... Certains

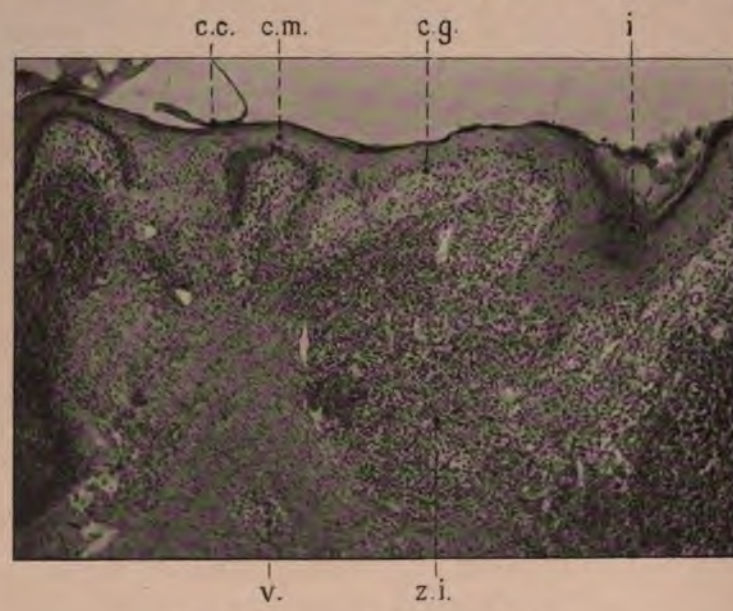


Fig. 110. — Lupus érythémateux du nez.

c.c, couche cornée presque annihilée. — *c.m*, couche épineuse. — *c.g*, couche génératrice. — *i*, bord d'un orifice pilo-sébacé. — *z.i*, zone d'infiltration inflammatoire circonscrite, bien limitée. — V, infiltration périvasculaire.

capillaires sont oblitérés, d'autres subissent des déformations variées qui en amènent l'ectasie...

« L'infiltrat est constitué au début par des cellules fixes du tissu conjonctif, des lymphocytes, ou des plasmazellen, des mastzellen, des leucocytes. Les cellules fixes du tissu conjonctif disparaissent rapidement en grande partie. Les mastzellen disparaissent également ou deviennent rondes, presque sans granulations. Les plasmazellen constituent alors la presque totalité du plasmome d'après Unna, mais, si c'est vrai, elles sont presque méconnaissables.

« Certains auteurs (Audry en particulier) ont trouvé des cellules géantes dans le lupus érythémateux : c'est l'exception.

« Les glandes sébacées peuvent être dilatées d'abord, puis atrophiées. Il en est de même pour les glandes sudoripares.

« Peu à peu les cellules du plasmome dégénèrent, subissent une fragmentation progressive et deviennent complètement méconnaissables. A cette période, l'action phagocytaire vient aider à la résolution des masses lupiques et la peau s'affaisse

peu à peu au centre des taches érythémateuses, en même temps que l'épiderme cesse de produire rapidement des lames et des masses cornées à la surface. A la période ultime du processus, les caractères de la lésion sont ceux des cicatrices consécutives aux inflammations chroniques avec conservation d'une partie du réseau élastique. » (Lenglet, *Pratique Dermat.*).

« En résumé le lupus érythémateux est caractérisé au point de vue histologique : 1° par l'atrophie hyperkératosante de l'épiderme avec cônes cornés intraépidermiques ; 2° par des lésions multiples endo et périvasculaires avec thromboses, dilatations, hémorragies ; 3° par des transsudations œdémateuses surtout marquées au niveau de la couche papillaire et de l'épiderme ; 4° par des infiltrats de cellules rondes

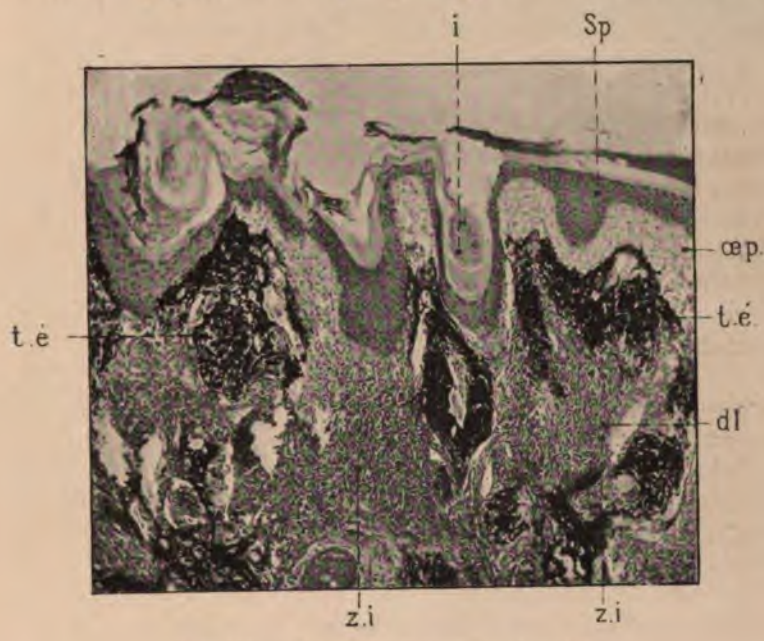


Fig. 111. — Lupus érythémateux (Lenglet).

E.p, épiderme, nettement parakératosique. — *i*, orifice pilo-sébacé. — *œ.p*, œdème papillaire. — *z.i*, zone d'inflammation circonscrite. — *t.é*, zones de conservation du tissu élastique (mettant bien en évidence la limitation des zones précédentes).

occupant le plus souvent la partie supérieure du derme, et la zone du réseau vasculaire, mais pouvant envahir toute l'épaisseur du chorion ; 5° par des transformations pilo-sébacées et sudoripares dues à la tendance atrophique consécutive à la dilatation par stase des appareils sécréteurs : ces dernières lésions sont inconstantes. » (Lenglet : *loc. cit.*)

Diagnostic. — En exposant la symptomatologie des diverses formes du lupus érythémateux et surtout de ses formes insolites nous avons déjà presque épuisé ce sujet.

Nous nous contenterons d'ajouter qu'entre notre *pseudo-pelade* et certaines formes du lupus érythémateux du cuir chevelu il existe toute une série de faits de passage : cependant la pseudo-pelade typique a des points d'attaque plus multiples, plus minuscules, moins érythémateux que le lupus.

Le *sycosis lupoïde* (ulérythème sycosiforme) n'existe qu'aux régions velues ; il est

essentiellement caractérisé par l'apparition de folliculites suppurées. Il en est de même pour l'*acné décalvante*.

La *kératose pilaire érythémateuse* de la face (*ulérythème ophryogène*) ne forme pas de plaques nettes ; elle a des localisations éminemment pathognomoniques, et son évolution est d'une extraordinaire lenteur.

Nous avons vu que les *engelures, l'acro-asphyxie, le psoriasis, les parakératoses psoriasiformes, l'acné sébacée concrète, l'épithéliome* au début, le *lichen plan* peuvent parfois simuler le lupus érythémateux.

Les *syphilides tertiaires* des lèvres revêtent dans quelques cas tellement son apparence que tout diagnostic objectif est impossible et qu'il convient de faire le traitement d'épreuve.

D'ailleurs, quand on se trouve en présence d'une lésion des muqueuses, nous pensons qu'on doit s'entourer de toute sorte de précautions avant de poser un diagnostic : il faut tâcher de trouver une lésion cutanée qui permette d'établir s'il s'agit d'un lupus érythémateux, d'un lupus vulgaire, d'une syphilide, etc...

Les formes aiguës et extensives du lupus érythémateux peuvent être confondues avec *d'autres tuberculides*, ce qui n'a pas un grand intérêt, avec des *érythèmes prémycosiques* qui sont d'ordinaire plus prurigineux, plus extensifs, et s'accompagnent d'adénopathies, avec les *diverses érythrodermies* (érythèmes infectieux, médicamenteux, dermatites exfoliatives primitives ou secondaires, etc.) : mais ces dernières affections ont d'ordinaire une évolution beaucoup plus rapide, et desquament abondamment.

Étiologie. — A l'inverse du lupus tuberculeux, l'érythème centrifuge et le lupus érythémateux fixe ne s'observent guère au-dessous de dix-sept ans. Ce sont des maladies de l'adulte qui atteignent leur maximum de fréquence entre vingt-cinq et quarante-cinq ans. Elles sont fréquentes dans les pays froids. Les femmes y sont plus exposées que les hommes : elles semblent être chez elles souvent en relation avec des troubles de la menstruation, du tube digestif, avec une prédisposition marquée aux poussées congestives faciales.

Nous avons vu qu'elles coïncident souvent avec les engelures et l'acroasphyxie.

Beaucoup d'auteurs étrangers considèrent ces affections comme étant des angionévroses périphériques ou centrales dont la cause première est inconnue. D'autres pensent que ce sont des inflammations chroniques de la peau absolument locales, dont la nature nous échappe.

Presque tous les dermatologistes français et quelques dermatologistes étrangers en font des tuberculides : on relève chez les 3/4 environ des sujets atteints de lupus érythémateux, des antécédents personnels ou héréditaires de tuberculose indiscutable. (Pour de plus amples détails sur ce point voir la thèse de Pautrier, p. 222 : la question y est traitée dans toute son ampleur).

Cette dernière opinion nous paraît cadrer avec la majorité des faits cliniques, et nous croyons devoir rappeler que nous avons été le premier avec Bœck à émettre l'idée, fausse sans doute, mais qui ouvrait la voie, de l'action pathogène d'une toxine tuberculeuse dans ces cas.

Mais tous les lupus érythémateux reconnaissent-ils toujours pour origine première l'infection tuberculeuse, qu'il s'agisse de toxines ou d'embolies microbiennes ? Telle est la question : et ici encore les faits cliniques interviennent pour montrer : 1° que ces lésions peuvent évoluer et guérir chez des sujets qui semblent être complètement indemnes de tuberculose, et dans la famille desquels il est

impossible d'en trouver; 2° qu'à certaines autopsies de sujets atteints de lupus érythémateux on n'a pu découvrir, quel que fût le soin apporté à ces recherches, la moindre trace d'une lésion tuberculeuse quelconque en évolution ou même guérie.

C'est en nous appuyant sur ces faits que nous avons émis en 1890 pour le lupus érythémateux une théorie analogue à celle qu'E. Besnier avait émise pour les érythèmes : nous l'avons considéré comme un syndrome clinique et anatomo-pathologique pouvant reconnaître et reconnaissant le plus souvent pour cause l'infection tuberculeuse, mais pouvant aussi dépendre d'autres infections ou d'autres troubles vaso-moteurs. En somme, d'après cette hypothèse, cette expression morbide ne serait qu'un syndrome ; elle dépendrait dans une mesure très appréciable des idiosyncrasies du sujet, et serait un mode de réaction cutanée. « Peut-être est-ce la condition individuelle qui joue le rôle prépondérant dans la pathogénie de l'érythème centrifuge, et les causes les plus diverses, tuberculose, affections utérines, troubles digestifs, troubles nerveux, agents atmosphériques, etc., peuvent-elles mettre en jeu l'aptitude morbide du sujet. Cette théorie, malheureusement non démontrée, est la seule qui nous paraisse à l'heure actuelle s'accorder avec ce que nous savons de l'étiologie de l'affection qui nous occupe » (L. Brocq, 1890).

En tous cas il est bon de faire remarquer que dans les lupus érythémateux incontestables on n'a jamais pu trouver de bacille de la tuberculose ; jamais en inoculant ces tissus aux animaux on n'a pu développer chez eux des lésions tuberculeuses.

Traitement.

Traitement interne. — 1° Érythème centrifuge. — D'après ce que nous venons de dire, on comprend que rien ne soit moins certain et plus environné d'obscurités et de difficultés que le traitement interne de l'érythème centrifuge.

Dans les formes très congestives, érythémateuses pures, dans celles qui se relient à la couperose, nous conseillons de veiller à la régularité de la menstruation, de faire des injections vaginales bi-quotidiennes d'eau chaude, de surveiller les fonctions digestives, de combattre la constipation, d'entretenir par des moyens appropriés la liberté du ventre, de favoriser les digestions afin d'empêcher la face de se congestionner après les repas, de donner de temps en temps des bains de pied sinapisés ou au gros sel, de faire des frictions vigoureuses sur les membres inférieurs, de prévenir en un mot par toute sorte de moyens les congestions céphaliques. Nous pensons aussi que le régime alimentaire doit être des plus sévères, analogue à celui que l'on recommande dans la couperose (voir *Traitement de la couperose*, pour plus de détails).

Nous prescrivons assez souvent dans ces cas l'ergotine, la belladone, la quinine, la digitale, l'hamamelis virginica, l'aconit, soit en pilules, soit en teinture sous forme de gouttes :

En somme, dans les cas à poussées congestives intenses, nous attachons une très grande importance à un traitement interne approprié. C'est ainsi que le Rob dépuratif de Devergie administré à la dose de 4 à 5 cuillerées à soupe par jour, combiné avec des pilules aloétiques et avec les bains de pieds chauds au gros sel, nous a donné quelques résultats dans des cas d'érythème centrifuge rebelle à poussées congestives fort intenses.

Lorsque l'élément congestif est moins marqué, nous donnons, quand les malades peuvent le supporter, l'arséniate de soude à la dose de 5 à 10 milligrammes par jour, par périodes de deux ou trois mois avec des intervalles de repos.

Sans faire de l'arsenic, comme Hutchinson, le spécifique par excellence des dermatoses que nous étudions, nous croyons que dans beaucoup de cas son emploi est d'une grande utilité.

Mais nous considérons surtout la quinine administrée à des doses quotidiennes variant selon les sujets de 20 centigrammes à 1 gramme en trois fois comme le remède interne le plus efficace contre le lupus érythémateux aberrant superficiel[1].

L'acide phénique en sirop aux doses de 2 à 10 centigrammes par jour nous a semblé être parfois utile.

On peut faire alterner ces trois médicaments : quinine, acide phénique et arsenic.

Duncan Bulkley a considéré le phosphore comme un véritable spécifique du lupus érythémateux. Cette opinion nous a semblé exagérée. Lorsque le sujet est affaibli il y a intérêt à lui donner des préparations phosphatées.

2° Lupus érythémateux fixe. — Le traitement interne du lupus érythémateux fixe est identique au traitement du lupus vulgaire : lorsque le malade est manifestement strumeux, nous prescrivons l'huile de foie de morue, la créosote, les iodures, tels que le sirop-iodo-tannique, le sirop d'iodure de fer, ou de raifort iodé, l'iodure d'amidon que recommande Mac Call Anderson. Nous combattons l'anémie par les toniques, le quinquina, le fer, l'hydrothérapie. L'iodoforme autrefois très vanté contre le lupus érythémateux n'a pas donné ce que l'on attendait de lui.

Traitement local. — I. Érythème centrifuge.

a) *Topiques et caustiques.* — Dans les formes éminemment congestives de l'érythème centrifuge, et dans les poussées inflammatoires suraiguës qui se produisent parfois à certaines périodes de cette affection, on ne peut guère instituer d'emblée un traitement local réellement énergique. On a recours au traitement interne décongestionnant que nous avons précédemment indiqué, surtout à la quinine, et on se contente de faire localement des lotions à l'eau bouillie tiède pure ou boriquée, des applications de cataplasmes de fécule de pomme de terre, d'axonge fraîche, de cold-cream, de vaseline ou de glycérolé d'amidon.

A mesure que l'inflammation se dissipe, on a recours aux divers topiques que nous allons énumérer en commençant par employer les plus faibles ; pommades à l'oxyde de zinc plus ou moins salicylées, pommades à la résorcine, au naphtol, à l'acide pyrogallique, etc...

Dans les formes communes de l'érythème centrifuge, dans celles qui ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire vive, le topique qui nous a toujours paru le plus efficace, le plus constant dans ses effets curatifs, c'est sans aucun doute le savon noir de cuisine.

Pour s'en servir d'une manière efficace, il faut le faire débarrasser de ses impuretés, puis on le délaie dans un peu d'esprit-de-vin ou d'alcool camphré, de manière à le rendre maniable ; on l'étale ensuite sur un morceau de flanelle taillé sur le patron de la partie malade, mais un peu plus grand pour que les bords de la lésion soient bien recouverts. La couche de savon doit avoir environ l'épaisseur du dos d'une lame de couteau. On applique l'emplâtre ainsi fait pendant toute la nuit ; on l'enlève le lendemain matin, on savonne à l'eau chaude. Si le malade est obligé

[1] Holländer traite le lupus érythémateux par l'usage interne de la quinine à haute dose associée à des badigeons de teinture d'iode.

de vaquer à ses occupations journalières, on applique pendant le jour une pommade à l'acide salicylique, à la résorcine, ou à l'acide lactique ; par exemple :

Résorcine	25 centigrammes.
Oxyde de zinc	8 grammes.
Vaseline pure	12 —

M. s. a.

On recommence le soir les applications d'emplâtres de savon noir jusqu'à ce que la partie malade soit rouge, tendue, tuméfiée, douloureuse, en un mot fort enflammée. Ce résultat est quelquefois obtenu par une seule application fort courte d'emplâtre. Parfois, au contraire, il faut plusieurs applications successives. Si le malade n'a pas d'occupations, on fait ces applications matin et soir et l'inflammation se produit alors avec la plus grande rapidité.

Dès que l'irritation est suffisante, et plus elle est forte (sans production d'escarre) mieux cela vaut, on cesse le savon noir, on calme par des topiques émollients quelconques, vaseline, cold-cream, axonge fraîche surtout, cataplasmes, pâte de zinc, etc... Quand les téguments ont repris leur physionomie habituelle, on recommence les applications d'emplâtres de savon noir, et ainsi de suite.

Hébra a préconisé les badigeonnages avec une solution de potasse caustique au tiers jusqu'à ce qu'il se forme une escarre blanche qui se détache trois à cinq jours après. Lailler emploie cette solution au 1/20.

Dans la majorité des cas, il se produit une réelle amélioration à la suite des deux ou trois premières séries d'applications de savon noir. Cette substance peut continuer ensuite à bien agir, et dans ce cas on doit persévérer dans son emploi jusqu'à disparition complète du lupus. Mais il arrive fort souvent qu'après vingt jours ou un mois d'action réelle, l'emplâtre de savon noir ne produise plus aucun résultat notable ; parfois même dès le début il est mal toléré, et, au lieu de donner des améliorations, il semble activer l'extension de la maladie. Il faut dans ces cas changer immédiatement de méthode thérapeutique.

A côté du savon noir comme efficacité nous rangeons les acides salicylique et pyrogallique. Nous les employons presque toujours combinés, l'acide salicylique au 1/20, l'acide pyrogallique au 1/10 dans une pommade, une traumaticine, un collodion ou un emplâtre. La pommade salicylée pyrogallée renfermant 1 gramme d'acide salicylique, et 2 grammes d'acide pyrogallique pour 10 grammes de lanoline et 10 grammes de vaseline pure, est d'ordinaire assez bien supportée, et elle donne souvent de bons résultats : on peut y ajouter un peu d'acide lactique pour en augmenter l'efficacité. Nous la faisons parfois alterner avec une pommade à la résorcine forte (voir *traitement de l'acné*).

Le collodion salicylé pyrogallé est très énergique : il donne des améliorations considérables dans les variétés psoriasiformes. Il a deux inconvénients : il est assez douloureux, et nous n'avons guère pu le rendre plus tolérable en y ajoutant de la cocaïne, de la morphine, de la créosote, etc... ; d'autre part, il donne aux téguments une coloration noirâtre ou brunâtre des plus évidentes. Il agit dans quelques cas avec assez d'intensité pour donner lieu à des suppurations et à des réactions inflammatoires considérables : aussi doit-on toujours en surveiller l'emploi, et ne l'appliquer qu'après avoir soigneusement désinfecté la peau avec des savonnages, des lotions à l'alcool et à l'éther.

L'emplâtre salicylé pyrogallé nous paraît préférable au collodion, mais il est fort difficile à bien fabriquer. Il ne faut pas que le pharmacien se contente de sau-

beaucoup de succès le raclage dans la plupart des cas d'érythème centrifuge.

Par contre les scarifications linéaires quadrillées rendent parfois des services. On les pratique d'après les principes que nous avons exposés au chapitre du *Lupus vulgaire*. Les incisions dépasseront de quelques millimètres les bords de la néoplasie ; comme profondeur, elles devront s'arrêter aux limites du mal. D'autre part, elles seront aussi serrées que possible : il faut qu'il y ait à peine 1 millimètre de distance entre chaque hachure, moins si c'est possible. Plus on divisera et l'on redivisera les vaisseaux dermiques, plus l'amélioration sera rapide.

D'après ce qui précède, on voit que, dans les formes purement congestives et aberrantes, les scarifications doivent être superficielles et très rapprochées l'une de l'autre ; il en est de même pour les formes couperosiques, quoiqu'il soit parfois nécessaire dans celles-ci d'aller jusqu'à 2 et 3 millimètres de profondeur.

Dans les formes qui infiltrent plus profondément les tissus et qui se rapprochent des lupus érythémateux fixes, les incisions seront au contraire profondes, courtes et toujours fort serrées.

Les scarifications devront être répétées tous les sept ou huit jours.

Si ce procédé, loin d'arrêter la marche extensive du mal, augmente le processus inflammatoire, ce qui arrive parfois, il faut immédiatement l'abandonner.

Lorsque c'est possible, il est bon de faire après la séance des lotions de liqueur de van Swieten ; dès le lendemain on panse avec de l'emplâtre de Vigo, ou, si le malade ne peut le tolérer, avec de l'emplâtre rouge d'E. Vidal.

Mais il arrive fort souvent que ces topiques sont beaucoup trop irritants et donnent des poussées nouvelles : aussi ne doit-on procéder qu'avec beaucoup de prudence et tâter d'abord la susceptibilité du sujet. Si, après plusieurs tentatives, on voit qu'il ne peut supporter les préparations mercurielles, on se contentera de prescrire des pulvérisations émollientes ou boriquées, des lavages à l'eau de camomille pure ou boriquée, des applications de cold-cream, d'axonge fraîche, de vaseline pure, de pâte de zinc, etc... et, dès qu'il les tolérera, des pommades à l'acide borique, à l'acide salicylique, à la résorcine, etc... (voir ci-dessus).

Dans les cas d'érythème centrifuge fort étendu, on peut se servir du scarificateur multiple de Balmanno-Squire ; mais d'une manière générale nous croyons qu'il vaut toujours mieux, quand c'est possible, faire des scarifications intelligentes, à la profondeur voulue, avec le scarificateur à une seule lame.

c) *Cautérisations au fer rouge.* — On ne doit se servir du thermocautère ou de l'électrocautère (voir article *Lupus vulgaire*) qu'avec les plus grands ménagements dans l'érythème centrifuge. Cette méthode n'est indiquée que dans bien peu de cas, lorsque tous les autres procédés ont échoué, et quand il s'agit de formes relativement peu extensives et profondes se rapprochant beaucoup des lupus érythémateux fixes. Les cautérisations seront faites avec le plus grand soin, aussi superficielles que ce sera possible, à la condition toutefois que l'opération soit réellement utile. En somme ce moyen doit être considéré comme l'ultima ratio du traitement.

d) *Congélation.* — Hartzell congèle les plaques de lupus avec du *chlorure d'éthyle* pendant cinq à huit minutes chaque fois tous les trois ou quatre jours ou à des intervalles plus longs si la réaction est trop violente. Il en a amélioré ou même guéri par ce procédé.

e) *Électrothérapie.* — Avec Bisserié nous avons le premier traité l'érythème centrifuge symétrique par les *courants de haute fréquence*. Nous avons utilisé pour cela les effluves locales. Bisserié en a réglé l'emploi ainsi qu'il suit : on doit tâter la susceptibilité de la peau des malades : au début on se sert d'effluves faibles, et

on n'en prolonge pas la durée plus de trois minutes; d'après les résultats de la première séance, on voit si l'on peut employer des effluves d'une puissance plus grande; s'il se produit en cours du traitement des accidents locaux, on espace les séances, qui habituellement doivent être faites deux ou trois fois par semaine au maximum. Il faut toujours attaquer la lésion par les bords en dépassant assez largement les limites du mal. Le traitement provoque une rougeur assez vive des tissus sur une étendue de 2 à 3 centimètres autour des points soumis aux applications: il se forme des croûtelles qui laissent après elles une cicatrice luisante et qui se reproduisent plusieurs fois jusqu'à ce que la guérison soit obtenue. La durée des séances varie de deux à cinq minutes par placard. La durée totale du traitement est assez longue, de 25 à 70 séances et plus. Les avantages de cette méthode sont son indolence relative, le peu de dégâts qu'elle cause, la beauté des cicatrices consécutives, la possibilité pour les malades de continuer à vaquer à leurs occupations. Elle nous paraît être un assez bon traitement du lupus érythémateux aberrant superficiel : elle échoue dans le lupus érythémateux fixe.

Marche a suivre quand on a a traiter un érythème centrifuge. — Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous permettent d'être brefs. Nous avons dit, en commençant l'exposé du traitement local, comment on devait agir en présence des formes inflammatoires et congestives. Dans les formes banales, il faut tenir grand compte des susceptibilités individuelles et savoir changer de méthode suivant les cas et suivant les phases de la maladie.

Tel sujet n'obtiendra que de minimes résultats des effluves de haute fréquence tandis qu'il sera rapidement amélioré par le savon noir, et inversement. On ne peut guère dans le traitement de l'érythème centrifuge préconiser une méthode à l'exclusion de toute autre ; on ne doit pas s'obstiner à employer une médication qui semble n'avoir que peu d'effet utile. Mais, de plus, il arrive qu'après s'être servi pendant quelque temps avec le plus grand succès d'un procédé, on voit l'amélioration se ralentir peu à peu, puis devenir insensible. Si l'on continue alors à toujours user du même traitement, se fondant sur les résultats qu'il a donnés pendant les premiers jours, l'affection résiste et finit par lasser la patience du malade et du médecin. Dès que l'on s'aperçoit de ce ralentissement dans le progrès de la guérison, il faut essayer les autres moyens réellement efficaces que nous possédons, et, parmi eux, il y en aura toujours qui agiront d'une manière convenable. Leur période utile passée, et la durée en sera des plus variables suivant le sujet et suivant le procédé, on pourra reprendre la première médication, laquelle donnera alors de nouveau d'excellents résultats.

La vraie méthode de traitement de l'érythème centrifuge consiste donc, nous ne disons pas toujours, mais dans la plupart des cas, à modifier et à changer, suivant les besoins, les procédés employés, et on doit le faire sans tarder aussi souvent qu'il le faut.

Les effluves locales de haute fréquence sont, à notre avis, le moyen le moins ennuyeux ; elles réussissent chez un certain nombre de sujets, et il faut tout d'abord les prescrire. Il est rare qu'elles ne soient pas tolérées ; et, quand elles le sont, elles donnent des améliorations plus ou moins sensibles, parfois même une guérison relativement prompte : en tous cas, il est assez fréquent de leur voir faire disparaître des points où l'infiltration n'est pas très profonde. On limite ainsi beaucoup les régions que l'on devra attaquer par d'autres procédés plus énergiques.

Lorsqu'elles ont épuisé leur action, on peut recourir aux emplâtres de savon

noir, aux badigeons phéniqués ou iodés, puis aux autres caustiques efficaces, acide pyrogallique, acide salicylique, acide acétique, éthylate de soude, emplâtre de Vigo, etc... Mais si l'infiltration est assez profonde, la congestion vive, si l'érythème centrifuge paraît être assez rebelle à l'action des caustiques, il vaut mieux pratiquer une série de scarifications.

Ce ne sera que lorsque tous ces moyens auront échoué que l'on sera autorisé à faire de la radiothérapie avec le plus grand soin sur les points les plus infiltrés et dans les cas où il n'y a pas une extension rapide.

II. Lupus érythémateux fixe. — Le traitement local du lupus érythémateux fixe est presque identique au traitement du lupus vulgaire : aussi renvoyons-nous à ce chapitre pour presque tous les détails.

a) *Méthodes sanglantes.*

Raclage. — Le *raclage* avec les curettes tranchantes donne d'assez bons résultats dans l'herpès crétacé de Devergie et dans les autres variétés de lupus érythémateux fixes qui ne reposent pas sur une infiltration trop profonde du derme. On fait ensuite des pansements antiseptiques, et l'on dirige la cicatrisation par des cautérisations au nitrate d'argent. E. Besnier racle assez superficiellement les plaques malades, puis il les cautérise immédiatement après avec de l'acide lactique pur. Quand le raclage est pratiqué avec beaucoup de soin, et que l'on ne va pas trop profondément, les cicatrices ne sont pas très apparentes.

Scarifications. — Les scarifications linéaires quadrillées sont une assez bonne méthode de traitement du lupus érythémateux fixe (voir, pour les détails, l'article *Lupus vulgaire*). Les incisions doivent dépasser de quelques millimètres les bords de la néoplasie; comme profondeur, elles doivent atteindre les limites du mal. On voit donc que dans la plupart des variétés de lupus érythémateux fixes, dans l'herpès crétacé et dans le lupus érythémato-tuberculeux, les incisions devront être très profondes, et pénétrer parfois jusqu'à 4, 5, 6 millimètres et même davantage. C'est une affaire de tact et d'habitude; mais il est certain que le lupus érythémateux fixe est l'une des dermatoses les plus difficiles à traiter par les scarifications, et certains des mécomptes attribués à ce procédé doivent surtout être imputés à la façon dont il a été appliqué.

Il faut de plus, et ceci est encore de toute importance, que les incisions soient aussi rapprochées les unes des autres que possible. Elles seront donc très courtes, très profondes, très serrées.

Les soins consécutifs à l'opération seront les mêmes que dans le lupus vulgaire : on fera des pulvérisations et des lotions à la liqueur de van Swieten, des applications de compresses imbibées d'eau bouillie ou de solutions faibles de résorcine, dès le lendemain, où dès le soir même dans les cas tout à fait torpides, on appliquera de l'emplâtre de Vigo, et, s'il n'est pas toléré, de l'emplâtre rouge formule Vidal (voir article *Lupus vulgaire*).

b) *Cautérisations au fer rouge.* — On ne peut guère se servir contre le lupus érythémateux fixe du cautère actuel dont l'action est par trop brutale.

Il est bien préférable d'employer le thermocautère Paquelin et surtout le galvanocautère et les grilles d'E. Besnier. Le principe est toujours le même : il faut dépasser en surface les limites de la néoplasie pour en prévenir l'extension, et il faut en profondeur arriver jusqu'à ses dernières limites (pour tous les détails, nous renvoyons au *Lupus tuberculeux*).

Sans faire de l'arsenic, comme Hutchinson, le spécifique par excellence des dermatoses que nous étudions, nous croyons que dans beaucoup de cas son emploi est d'une grande utilité.

Mais nous considérons surtout la quinine administrée à des doses quotidiennes variant selon les sujets de 20 centigrammes à 1 gramme en trois fois comme le remède interne le plus efficace contre le lupus érythémateux aberrant superficiel[1].

L'acide phénique en sirop aux doses de 2 à 10 centigrammes par jour nous a semblé être parfois utile.

On peut faire alterner ces trois médicaments : quinine, acide phénique et arsenic.

Duncan Bulkley a considéré le phosphore comme un véritable spécifique du lupus érythémateux. Cette opinion nous a semblé exagérée. Lorsque le sujet est affaibli il y a intérêt à lui donner des préparations phosphatées.

2° Lupus érythémateux fixe. — Le traitement interne du lupus érythémateux fixe est identique au traitement du lupus vulgaire : lorsque le malade est manifestement strumeux, nous prescrivons l'huile de foie de morue, la créosote, les iodures, tels que le sirop-iodo-tannique, le sirop d'iodure de fer, ou de raifort iodé, l'iodure d'amidon que recommande Mac Call Anderson. Nous combattons l'anémie par les toniques, le quinquina, le fer, l'hydrothérapie. L'iodoforme autrefois très vanté contre le lupus érythémateux n'a pas donné ce que l'on attendait de lui.

Traitement local. — I. Érythème centrifuge.

a) *Topiques et caustiques.* — Dans les formes éminemment congestives de l'érythème centrifuge, et dans les poussées inflammatoires suraiguës qui se produisent parfois à certaines périodes de cette affection, on ne peut guère instituer d'emblée un traitement local réellement énergique. On a recours au traitement interne décongestionnant que nous avons précédemment indiqué, surtout à la quinine, et on se contente de faire localement des lotions à l'eau bouillie tiède pure ou boriquée, des applications de cataplasmes de fécule de pomme de terre, d'axonge fraîche, de cold-cream, de vaseline ou de glycérolé d'amidon.

A mesure que l'inflammation se dissipe, on a recours aux divers topiques que nous allons énumérer en commençant par employer les plus faibles ; pommades à l'oxyde de zinc plus ou moins salicylées, pommades à la résorcine, au naphtol, à l'acide pyrogallique, etc...

Dans les formes communes de l'érythème centrifuge, dans celles qui ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire vive, le topique qui nous a toujours paru le plus efficace, le plus constant dans ses effets curatifs, c'est sans aucun doute le savon noir de cuisine.

Pour s'en servir d'une manière efficace, il faut le faire débarrasser de ses impuretés, puis on le délaie dans un peu d'esprit-de-vin ou d'alcool camphré, de manière à le rendre maniable ; on l'étale ensuite sur un morceau de flanelle taillé sur le patron de la partie malade, mais un peu plus grand pour que les bords de la lésion soient bien recouverts. La couche de savon doit avoir environ l'épaisseur du dos d'une lame de couteau. On applique l'emplâtre ainsi fait pendant toute la nuit ; on l'enlève le lendemain matin, on savonne à l'eau chaude. Si le malade est obligé

[1] Holländer traite le lupus érythémateux par l'usage interne de la quinine à haute dose associée à des badigeons de teinture d'iode.

de vaquer à ses occupations journalières, on applique pendant le jour une pommade à l'acide salicylique, à la résorcine, ou à l'acide lactique ; par exemple :

Résorcine	25 centigrammes.
Oxyde de zinc	8 grammes.
Vaseline pure	12 —

M. s. a.

On recommence le soir les applications d'emplâtres de savon noir jusqu'à ce que la partie malade soit rouge, tendue, tuméfiée, douloureuse, en un mot fort enflammée. Ce résultat est quelquefois obtenu par une seule application fort courte d'emplâtre. Parfois, au contraire, il faut plusieurs applications successives. Si le malade n'a pas d'occupations, on fait ces applications matin et soir et l'inflammation se produit alors avec la plus grande rapidité.

Dès que l'irritation est suffisante, et plus elle est forte (sans production d'escarre) mieux cela vaut, on cesse le savon noir, on calme par des topiques émollients quelconques, vaseline, cold-cream, axonge fraîche surtout, cataplasmes, pâte de zinc, etc... Quand les téguments ont repris leur physionomie habituelle, on recommence les applications d'emplâtres de savon noir, et ainsi de suite.

Hébra a préconisé les badigeonnages avec une solution de potasse caustique au tiers jusqu'à ce qu'il se forme une escarre blanche qui se détache trois à cinq jours après. Lailler emploie cette solution au 1/20.

Dans la majorité des cas, il se produit une réelle amélioration à la suite des deux ou trois premières séries d'applications de savon noir. Cette substance peut continuer ensuite à bien agir, et dans ce cas on doit persévérer dans son emploi jusqu'à disparition complète du lupus. Mais il arrive fort souvent qu'après vingt jours ou un mois d'action réelle, l'emplâtre de savon noir ne produise plus aucun résultat notable ; parfois même dès le début il est mal toléré, et, au lieu de donner des améliorations, il semble activer l'extension de la maladie. Il faut dans ces cas changer immédiatement de méthode thérapeutique.

A côté du savon noir comme efficacité nous rangeons les acides salicylique et pyrogallique. Nous les employons presque toujours combinés, l'acide salicylique au 1/20, l'acide pyrogallique au 1/10 dans une pommade, une traumaticine, un collodion ou un emplâtre. La pommade salicylée pyrogallée renfermant 1 gramme d'acide salicylique, et 2 grammes d'acide pyrogallique pour 10 grammes de lanoline et 10 grammes de vaseline pure, est d'ordinaire assez bien supportée, et elle donne souvent de bons résultats : on peut y ajouter un peu d'acide lactique pour en augmenter l'efficacité. Nous la faisons parfois alterner avec une pommade à la résorcine forte (voir *traitement de l'acné*).

Le collodion salicylé pyrogallé est très énergique : il donne des améliorations considérables dans les variétés psoriasiformes. Il a deux inconvénients : il est assez douloureux, et nous n'avons guère pu le rendre plus tolérable en y ajoutant de la cocaïne, de la morphine, de la créosote, etc... ; d'autre part, il donne aux téguments une coloration noirâtre ou brunâtre des plus évidentes. Il agit dans quelques cas avec assez d'intensité pour donner lieu à des suppurations et à des réactions inflammatoires considérables : aussi doit-on toujours en surveiller l'emploi, et ne l'appliquer qu'après avoir soigneusement désinfecté la peau avec des savonnages, des lotions à l'alcool et à l'éther.

L'emplâtre salicylé pyrogallé nous paraît préférable au collodion, mais il est fort difficile à bien fabriquer. Il ne faut pas que le pharmacien se contente de sau-

poudrer l'emplâtre avec de l'acide; il faut qu'il l'incorpore à la masse, et cependant qu'il ne le soumette pas à une haute température, qui le décomposerait. Son action est assez variable suivant les cas. Il est des malades qui ne peuvent le tolérer, et chez lesquels il donne immédiatement de nouvelles poussées.

L'acide phénique neigeux est peut-être le caustique le plus pratique. Il peut être confié aux malades qui tous les soirs, jusqu'à irritation, font un badigeon exact des points malades avec de l'ouate roulée au bout d'une allumette et imbibée d'acide phénique neigeux solubilisé par un peu de glycérine et d'alcool.

Plus efficace encore est le mélange suivant que l'on emploie de la même manière pur ou coupé d'alcool à 60°.

Acide phénique neigeux	Aâ parties égales.
Hydrate de chloral.	
Teinture d'iode fraîche.	

Parmi les autres topiques utiles, citons : l'acide chlorhydrique, l'acide chromique, substances que l'on applique avec soin au moyen d'un pinceau sur les points malades, l'acide pyroligneux, l'acide acétique et le vinaigre que l'on mélange à du jaune d'œuf cru ou cuit, de façon à avoir soit un liquide, soit une pâte dont on gradue la force suivant la sensibilité du sujet (voir notre travail de 1886), l'huile de cade, l'huile de bouleau, l'huile de hêtre, l'huile de noix d'acajou, la chrysarobine, l'anthrarobine, les vésicatoires volants, la teinture d'iode pure, la solution iodo-iodurée de Hardy renfermant pour 30 grammes d'eau distillée 8 grammes d'iodure de potassium et 4 grammes d'iode métalloïdique, ou la glycérine iodée de Richter qui contient 5 grammes d'iode et 5 grammes d'iodure de potassium dans 10 grammes de glycérine : (on fait deux fois par jour avec cette dernière préparation des badigeonnages des surfaces malades pendant quatre ou cinq jours, et on recouvre avec une feuille de gutta-percha : on obtient ainsi une inflammation assez vive et parfois des améliorations notables) : l'ammoniaque liquide, le perchlorure de fer en badigeonnages répétés, l'acétate de soude au 1/20 en applications au moyen de compresses recouvertes de taffetas gommé, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, le sulfate de zinc combiné au sulfite de potasse, etc...

Dans les formes plus infiltrées, plus profondes, peu congestives, qui se rapprochent des lupus érythémateux fixes, on peut se servir de l'acide lactique que Jamieson conseille d'appliquer pendant quinze minutes environ avec de l'ouate hydrophile, après avoir badigeonné la périphérie avec de la lanoline; puis il lave et panse avec de la mousseline de zinc et d'ichthyol (formule d'Unna); on peut également employer les pâtes arsenicales (voir *Lupus vulgaire*), l'éthylate de soude qui, d'après beaucoup d'auteurs étrangers, donnerait d'excellents résultats, les pommades mercurielles et en particulier la pommade au biiodure d'hydrargyre au 1/200, au 1/100, et même au 1/50, les emplâtres mercuriels.

Il faut bien se défier de ces divers procédés et ne les employer qu'avec une active surveillance. Comme nous l'avons dit en effet à propos de certains d'entre eux, ils peuvent fort bien ne pas être inoffensifs et provoquer l'extension du mal et même des poussées inflammatoires rebelles. Rien de plus variable que leur action suivant les sujets, et chez un même sujet suivant la période de l'affection et l'état d'inflammation plus ou moins marqué des téguments. L'érythème centrifuge est une des maladies cutanées dont le traitement demande le plus de coup d'œil et d'expérience.

b) *Méthodes sanglantes.* — Nous ne croyons pas que l'on puisse employer avec

beaucoup de succès le raclage dans la plupart des cas d'érythème centrifuge.

Par contre les scarifications linéaires quadrillées rendent parfois des services. On les pratique d'après les principes que nous avons exposés au chapitre du *Lupus vulgaire*. Les incisions dépasseront de quelques millimètres les bords de la néoplasie ; comme profondeur, elles devront s'arrêter aux limites du mal. D'autre part, elles seront aussi serrées que possible : il faut qu'il y ait à peine 1 millimètre de distance entre chaque hachure, moins si c'est possible. Plus on divisera et l'on redivisera les vaisseaux dermiques, plus l'amélioration sera rapide.

D'après ce qui précède, on voit que, dans les formes purement congestives et aberrantes, les scarifications doivent être superficielles et très rapprochées l'une de l'autre ; il en est de même pour les formes couperosiques, quoiqu'il soit parfois nécessaire dans celles-ci d'aller jusqu'à 2 et 3 millimètres de profondeur.

Dans les formes qui infiltrent plus profondément les tissus et qui se rapprochent des lupus érythémateux fixes, les incisions seront au contraire profondes, courtes et toujours fort serrées.

Les scarifications devront être répétées tous les sept ou huit jours.

Si ce procédé, loin d'arrêter la marche extensive du mal, augmente le processus inflammatoire, ce qui arrive parfois, il faut immédiatement l'abandonner.

Lorsque c'est possible, il est bon de faire après la séance des lotions de liqueur de van Swieten ; dès le lendemain on panse avec de l'emplâtre de Vigo, ou, si le malade ne peut le tolérer, avec de l'emplâtre rouge d'E. Vidal.

Mais il arrive fort souvent que ces topiques sont beaucoup trop irritants et donnent des poussées nouvelles : aussi ne doit-on procéder qu'avec beaucoup de prudence et tâter d'abord la susceptibilité du sujet. Si, après plusieurs tentatives, on voit qu'il ne peut supporter les préparations mercurielles, on se contentera de prescrire des pulvérisations émollientes ou boriquées, des lavages à l'eau de camomille pure ou boriquée, des applications de cold-cream, d'axonge fraîche, de vaseline pure, de pâte de zinc, etc... et, dès qu'il les tolérera, des pommades à l'acide borique, à l'acide salicylique, à la résorcine, etc... (voir ci-dessus).

Dans les cas d'érythème centrifuge fort étendu, on peut se servir du scarificateur multiple de Balmanno-Squire ; mais d'une manière générale nous croyons qu'il vaut toujours mieux, quand c'est possible, faire des scarifications intelligentes, à la profondeur voulue, avec le scarificateur à une seule lame.

c) *Cautérisations au fer rouge.* — On ne doit se servir du thermocautère ou de l'électrocautère (voir article *Lupus vulgaire*) qu'avec les plus grands ménagements dans l'érythème centrifuge. Cette méthode n'est indiquée que dans bien peu de cas, lorsque tous les autres procédés ont échoué, et quand il s'agit de formes relativement peu extensives et profondes se rapprochant beaucoup des lupus érythémateux fixes. Les cautérisations seront faites avec le plus grand soin, aussi superficielles que ce sera possible, à la condition toutefois que l'opération soit réellement utile. En somme ce moyen doit être considéré comme l'ultima ratio du traitement.

d) *Congélation.* — Hartzell congèle les plaques de lupus avec du *chlorure d'éthyle* pendant cinq à huit minutes chaque fois tous les trois ou quatre jours ou à des intervalles plus longs si la réaction est trop violente. Il en a amélioré ou même guéri par ce procédé.

e) *Électrothérapie.* — Avec Bisserié nous avons le premier traité l'érythème centrifuge symétrique par les *courants de haute fréquence*. Nous avons utilisé pour cela les effluves locales. Bisserié en a réglé l'emploi ainsi qu'il suit : on doit tâter la susceptibilité de la peau des malades : au début on se sert d'effluves faibles, et

on n'en prolonge pas la durée plus de trois minutes; d'après les résultats de la première séance, on voit si l'on peut employer des effluves d'une puissance plus grande; s'il se produit en cours du traitement des accidents locaux, on espace les séances, qui habituellement doivent être faites deux ou trois fois par semaine au maximum. Il faut toujours attaquer la lésion par les bords en dépassant assez largement les limites du mal. Le traitement provoque une rougeur assez vive des tissus sur une étendue de 2 à 3 centimètres autour des points soumis aux applications: il se forme des croûtelles qui laissent après elles une cicatrice luisante et qui se reproduisent plusieurs fois jusqu'à ce que la guérison soit obtenue. La durée des séances varie de deux à cinq minutes par placard. La durée totale du traitement est assez longue, de 25 à 70 séances et plus. Les avantages de cette méthode sont son indolence relative, le peu de dégâts qu'elle cause, la beauté des cicatrices consécutives, la possibilité pour les malades de continuer à vaquer à leurs occupations. Elle nous paraît être un assez bon traitement du lupus érythémateux aberrant superficiel : elle échoue dans le lupus érythémateux fixe.

Marche a suivre quand on a a traiter un érythème centrifuge. — Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous permettent d'être brefs. Nous avons dit, en commençant l'exposé du traitement local, comment on devait agir en présence des formes inflammatoires et congestives. Dans les formes banales, il faut tenir grand compte des susceptibilités individuelles et savoir changer de méthode suivant les cas et suivant les phases de la maladie.

Tel sujet n'obtiendra que de minimes résultats des effluves de haute fréquence tandis qu'il sera rapidement amélioré par le savon noir, et inversement. On ne peut guère dans le traitement de l'érythème centrifuge préconiser une méthode à l'exclusion de toute autre ; on ne doit pas s'obstiner à employer une médication qui semble n'avoir que peu d'effet utile. Mais, de plus, il arrive qu'après s'être servi pendant quelque temps avec le plus grand succès d'un procédé, on voit l'amélioration se ralentir peu à peu, puis devenir insensible. Si l'on continue alors à toujours user du même traitement, se fondant sur les résultats qu'il a donnés pendant les premiers jours, l'affection résiste et finit par lasser la patience du malade et du médecin. Dès que l'on s'aperçoit de ce ralentissement dans le progrès de la guérison, il faut essayer les autres moyens réellement efficaces que nous possédons, et, parmi eux, il y en aura toujours qui agiront d'une manière convenable. Leur période utile passée, et la durée en sera des plus variables suivant le sujet et suivant le procédé, on pourra reprendre la première médication, laquelle donnera alors de nouveau d'excellents résultats.

La vraie méthode de traitement de l'érythème centrifuge consiste donc, nous ne disons pas toujours, mais dans la plupart des cas, à modifier et à changer, suivant les besoins, les procédés employés, et on doit le faire sans tarder aussi souvent qu'il le faut.

Les effluves locales de haute fréquence sont, à notre avis, le moyen le moins ennuyeux ; elles réussissent chez un certain nombre de sujets, et il faut tout d'abord les prescrire. Il est rare qu'elles ne soient pas tolérées ; et, quand elles le sont, elles donnent des améliorations plus ou moins sensibles, parfois même une guérison relativement prompte : en tous cas, il est assez fréquent de leur voir faire disparaître des points où l'infiltration n'est pas très profonde. On limite ainsi beaucoup les régions que l'on devra attaquer par d'autres procédés plus énergiques.

Lorsqu'elles ont épuisé leur action, on peut recourir aux emplâtres de savon

noir, aux badigeons phéniqués ou iodés, puis aux autres caustiques efficaces, acide pyrogallique, acide salicylique, acide acétique, éthylate de soude, emplâtre de Vigo, etc... Mais si l'infiltration est assez profonde, la congestion vive, si l'érythème centrifuge paraît être assez rebelle à l'action des caustiques, il vaut mieux pratiquer une série de scarifications.

Ce ne sera que lorsque tous ces moyens auront échoué que l'on sera autorisé à faire de la radiothérapie avec le plus grand soin sur les points les plus infiltrés et dans les cas où il n'y a pas une extension rapide.

II. Lupus érythémateux fixe. — Le traitement local du lupus érythémateux fixe est presque identique au traitement du lupus vulgaire : aussi renvoyons-nous à ce chapitre pour presque tous les détails.

a) *Méthodes sanglantes.*

Raclage. — Le *raclage* avec les curettes tranchantes donne d'assez bons résultats dans l'herpès crétacé de Devergie et dans les autres variétés de lupus érythémateux fixes qui ne reposent pas sur une infiltration trop profonde du derme. On fait ensuite des pansements antiseptiques, et l'on dirige la cicatrisation par des cautérisations au nitrate d'argent. E. Besnier racle assez superficiellement les plaques malades, puis il les cautérise immédiatement après avec de l'acide lactique pur. Quand le raclage est pratiqué avec beaucoup de soin, et que l'on ne va pas trop profondément, les cicatrices ne sont pas très apparentes.

Scarifications. — Les scarifications linéaires quadrillées sont une assez bonne méthode de traitement du lupus érythémateux fixe (voir, pour les détails, l'article *Lupus vulgaire*). Les incisions doivent dépasser de quelques millimètres les bords de la néoplasie ; comme profondeur, elles doivent atteindre les limites du mal. On voit donc que dans la plupart des variétés de lupus érythémateux fixes, dans l'herpès crétacé et dans le lupus érythémato-tuberculeux, les incisions devront être très profondes, et pénétrer parfois jusqu'à 4, 5, 6 millimètres et même davantage. C'est une affaire de tact et d'habitude ; mais il est certain que le lupus érythémateux fixe est l'une des dermatoses les plus difficiles à traiter par les scarifications, et certains des mécomptes attribués à ce procédé doivent surtout être imputés à la façon dont il a été appliqué.

Il faut de plus, et ceci est encore de toute importance, que les incisions soient aussi rapprochées les unes des autres que possible. Elles seront donc très courtes, très profondes, très serrées.

Les soins consécutifs à l'opération seront les mêmes que dans le lupus vulgaire : on fera des pulvérisations et des lotions à la liqueur de van Swieten, des applications de compresses imbibées d'eau bouillie ou de solutions faibles de résorcine, dès le lendemain, où dès le soir même dans les cas tout à fait torpides, on appliquera de l'emplâtre de Vigo, et, s'il n'est pas toléré, de l'emplâtre rouge formule Vidal (voir article *Lupus vulgaire*).

b) *Cautérisations au fer rouge.* — On ne peut guère se servir contre le lupus érythémateux fixe du cautère actuel dont l'action est par trop brutale.

Il est bien préférable d'employer le thermocautère Paquelin et surtout le galvanocautère et les grilles d'E. Besnier. Le principe est toujours le même : il faut dépasser en surface les limites de la néoplasie pour en prévenir l'extension, et il faut en profondeur arriver jusqu'à ses dernières limites (pour tous les détails, nous renvoyons au *Lupus tuberculeux*).

On se servira des mêmes pansements que dans cette dernière affection.

Dans les lupus érythémateux fixes profonds, ou bien dans les lupus érythémato-acnéiques, la cautérisation au galvanocautère donne d'excellents résultats. Il ne faut pas oublier cependant qu'elle laisse après elle des cicatrices déprimées blanchâtres qui tendent il est vrai à s'effacer peu à peu et à paraître bien moins visibles, mais qui sont en tous cas inférieures comme qualité aux cicatrices que laissent les scarifications ou les divers topiques que nous allons énumérer.

E. Besnier combine parfois dans une large mesure les cautérisations au nitrate d'argent avec la cautérisation ignée. Pendant la période de cicatrisation des plaies produites par les brûlures, il passe le crayon de nitrate d'argent puis le crayon de zinc sur les points opérés.

c) *Caustiques.* — Les caustiques les plus efficaces contre les lupus érythémateux fixes sont ceux que nous étudions à propos du lupus vulgaire. Dans les formes relativement superficielles qui se rapprochent des érythèmes centrifuges, nous conseillons beaucoup de recourir au savon noir en emplâtres (voir *Érythème centrifuge*), puis aux emplâtres ou aux collodions pyrogallés salicylés, à la chrysarobine, enfin aux cautérisations à l'acide lactique (voir *Érythème centrifuge*).

Dans le lupus érythémateux des lèvres, les cautérisations à l'acide lactique, à l'acide phénique, etc... donnent d'excellents résultats. Parfois il est bon de pratiquer une légère scarification avant d'appliquer ces caustiques.

d) *Ablation.* — Quelques auteurs ont proposé d'enlever largement avec ou sans autoplastie les foyers de lupus érythémateux fixes.

e) *Photothérapie.* — Les avis sont fort partagés au point de vue de l'action de la photothérapie dans le lupus érythémateux. Voici ce qui nous semble résulter de l'observation de nombreux malades traités à notre hôpital. Dans les lupus érythémateux superficiels la photothérapie n'offre aucune utilité : c'est un procédé à action trop profonde et trop puissante. Dans les lupus érythémateux fixes et profonds, elle nous a semblé au contraire donner parfois de bons résultats et contribuer puissamment à la guérison de cas rebelles : quand on voit, après 3 ou 10 séances faites sur un point, qu'aucune amélioration ne se dessine, il faut renoncer à cette méthode.

f) *Radiothérapie.* — L'action de la radiothérapie sur le lupus érythémateux est encore fort discutée. Depuis le premier travail de Schiff sur ce sujet en 1898, de nombreux succès et insuccès ont été publiés. On n'est pas encore arrivé à préciser la qualité des rayons et les doses que l'on doit employer. Théoriquement il nous semble que l'on devrait utiliser pour les formes superficielles des rayons peu pénétrants en quantité modérée, et pour les formes fixes et profondes des rayons moyens (de 4 à 6 du radiochromomètre) en quantité relativement assez élevée. D'ailleurs les réactions sont souvent violentes dans cette dermatose ; aussi convient-il de ne procéder qu'avec beaucoup de prudence, et faut-il espacer les séances.

Nous devons dire que nous avons obtenu par cette méthode dans notre service de Broca quelques résultats fort encourageants. Nous conseillons d'y avoir recours d'emblée quand on le peut dans les formes fixes, et surtout quand les autres procédés ont échoué.

Marche a suivre quand on a a traiter un cas de lupus érythémateux fixe. — Nous répéterons à propos des lupus érythémateux fixes ce que nous avons déjà dit à propos du lupus vulgaire et des érythèmes centrifuges : il n'y a pas une seule méthode de traitement qui puisse être recommandée à l'exclusion de toutes les

autres; il faut savoir les varier suivant les sujets et suivant les moments.

Dans la plupart des cas, mais surtout lorsque la lésion est très étendue, on doit essayer tout d'abord la radiothérapie, la photothérapie, puis les applications de caustiques, savon noir, emplâtres à l'acide salicylique, pyrogallique, à la résorcine créosotée, à l'acide chrysophanique, emplâtres de Vigo, cautérisations à l'acide lactique, à l'acide phénique, à l'acide acétique, etc. Si ces divers procédés ne réussissent pas, on a recours soit aux scarifications linéaires quadrillées, soit aux cautérisations ignées.

Les cautérisations ignées sont beaucoup plus faciles à faire; elles nous ont paru convenir dans un bien plus grand nombre de cas que les scarifications.

Celles-ci doivent être pourtant recommandées toutes les fois que l'on est obligé avec la cautérisation de trop détruire et en des régions trop apparentes, toutes les fois également que le malade a trop de tendance à former du tissu chéloïdien.

Dans les lupus érythémateux fixes des lèvres, la scarification bien faite donne d'excellents résultats : nous nous sommes bien trouvé de la combiner avec des applications d'acide lactique à moitié et au tiers, surtout lorsque le lupus envahissait la face muqueuse.

Quelle que soit d'ailleurs la méthode que l'on adopte, on doit l'abandonner dès qu'on s'aperçoit qu'elle ne produit plus d'effet utile.

2° Lichen scrofulosorum. — Bazin rangeait cette affection parmi ses scrofulides boutonneuses. Hebra en fit un lichen, tout en reconnaissant ses relations avec diverses manifestations de la scrofule. E. Besnier et E. Vidal montrèrent qu'elle ne mérite guère le nom de lichen, qu'au point de vue strictement descriptif, c'est plutôt une folliculite pilo-sébacée. C'est Jacobi qui en 1891 lui assigna sa véritable place dans le cadre nosologique en prouvant que les éléments éruptifs sont formés de tubercules miliaires : dans un cas il y avait trouvé un bacille. Depuis lors ses recherches furent confirmées par Sack, Hallopeau, Feulard, Leredde, Thibierge, Pellizzari, Haushalter, Lefebvre, etc...

Étiologie. — Le lichen scrofulosorum s'observe surtout dans l'enfance et dans l'adolescence. Presque tous les sujets qui en sont atteints ont des stigmates d'une tuberculose lente en évolution ou paraissant guérie, adénopathies suppurées ou non, tuberculose osseuse, lupus, tuberculose pulmonaire torpide, etc...

Symptômes. — Le *lichen scrofulosorum* est une affection assez rare en France; elle n'y revêt pas le degré de gravité qu'elle peut atteindre en Allemagne. Elle est caractérisée par une éruption de petites papules d'un jaune pâle, parfois blanchâtres, parfois d'un rouge brunâtre, acuminées, solides, présentant souvent une squame à leur sommet : assez rarement, elles sont surmontées d'une pustule miliaire : elles sont toujours disposées par groupes, par plaques plus ou moins étendues, uniques ou multiples, séparées les unes des autres par de larges espaces de peau saine : les papules constitutives des plaques sont situées les unes à côté des autres, mais elles ne deviennent pas confluentes, et elles conservent chacune leur individualité : ces groupes forment des disques, des cercles ou des segments de cercle au centre desquels se trouvent parfois des macules pigmentaires squameuses, vestiges de papules antérieures. Le plus souvent elles ne causent pas la moindre démangeaison; leur évolution est des plus lentes : quand elles ont atteint leur complet développement, elles restent fort longtemps stationnaires. Elles peuvent durer de quelques mois à quelques années. Elles guérissent sans laisser de traces ou

en laissant de toutes petites cicatrices blanches ou pigmentées. Elles s'observent presque toujours sur le tronc, en particulier sur l'abdomen, sur les parties latérales du thorax et vers la ceinture.

En Allemagne, le lichen scrofulosorum ne conserve pas toujours ces caractères de limitation et d'atonie. Les papules deviennent parfois beaucoup plus nombreuses : dans l'intervalle des groupes papuleux il se forme des tubercules d'un rouge bleuâtre plus ou moins foncé, ressemblant à ceux de l'acné, et subissant les mêmes modifications qu'eux. Comme phénomènes concomitants, il peut se développer une éruption eczémateuse suintante du scrotum et de la région pubienne (coïncidence que nous avons également observée en France) qui se recouvre de croûtes jaunâtres à odeur fétide : les ganglions cervicaux, sous-maxillaires, axillaires et inguinaux peuvent alors s'engorger. En somme il coexiste parfois d'autres formes de tuberculides.

Formes atypiques. — On a en outre décrit des formes atypiques du lichen scrofulosorum (Jadassohn). Ce sont tantôt de petites plaques polygonales et squameuses, d'un brun rougeâtre, d'aspect psoriasiforme, sans nodules ; tantôt de simples taches érythémateuses, arrondies ou annulaires ou à contours irréguliers. Elles se rencontrent à côté des papules typiques du lichen scrofulosorum et réagissent comme lui à la tuberculine.

Parfois il ne s'agit que de papules à peine visibles (Rona), de pustules périfolliculaires disséminées de grosseurs variables.

Pautrier range dans ces formes atypiques : 1° *le pityriasis simplex de la face des enfants* (Bœck) constitué par des plaques rouges, circonscrites, pityriasiques, avec gros ganglions maxillaires et cervicaux ; 2° *L'eczéma scrofulosorum* (Bœck) caractérisé par des plaques rougeâtres ou jaune chamois, plus ou moins infiltrées, sèches, légèrement squameuses, pouvant être en partie suintantes et croûteuses, (probablement à rapprocher des complications de suintement observées par Kaposi dans le lichen scrofulosorum) : l'eczéma scrofulosorum siège surtout aux membres et au tronc ; 3° *La tuberculide papulo-squameuse* de Bœck, qui ne diffère du lichen scrofulosorum que parce que ses éléments sont disséminés.

Il faut y rattacher aussi *les tuberculides périfolliculaires pustuleuses* qui sont agminées ou disséminées et qui correspondent à *l'acné scrofuleuse des enfants* de C. Fox et R. Crocker.

Anatomie pathologique. — « Autour du col des follicules pileux, c'est-à-dire immédiatement sous l'épiderme, il se forme un amas limité qui comprend des cellules géantes, des cellules épithélioïdes et lymphatiques, et ne contenant que rarement des vaisseaux sanguins. La glande sébacée peut être intacte ou détruite. Par exception ces amas siègent sous l'épiderme, hors des follicules pilo-sébacés. Les lésions n'intéressent que secondairement le corps papillaire ; elles se propagent en suivant le trajet des vaisseaux, surtout des lymphatiques. Comme Jacobi et Sack l'avaient remarqué, il y a peu de tendance à la caséification : cependant celle-ci a été observée par Leredde... » (Laffitte, *Pratique Dermat.*)

On retrouve parfois de rares bacilles dans les coupes : dans quelques cas on a réussi à infecter le cobaye par l'inoculation d'éléments de lichen scrofulosorum (Jacobi, Pellizzari, Haushalter, Wolff.) Neisser et Jadassohn ont vu plusieurs fois ces éléments réagir localement à la tuberculine.

Nature. Pathogénie. — C'est de toutes les tuberculides celle dont la nature tuberculeuse paraît être le mieux établie, puisqu'elle a une structure qui se rapproche

de celle du tubercule, puisqu'on a pu y déceler le bacille de Koch [1], puisque son inoculation est parfois virulente, puisqu'enfin elle réagit souvent à la tuberculine.

Diagnostic. — Le *pityriasis rubra pilaris* peut à la rigueur être confondu avec le lichen scrofulosorum, mais il n'en a pas d'ordinaire les localisations ; les éléments sont plus groupés, plus réguliers, plus serrés : son évolution est toute différente.

Les *séborrhéides péripilaires* ont des foyers beaucoup plus multiples, une rougeur beaucoup plus accentuée, une évolution plus rapide.

Il en est de même pour les *syphilides lichénoïdes en groupes* dont la circonscription et la disposition sont beaucoup plus régulières.

L'*acné cornée* (voir ce mot) peut simuler totalement le lichen scrofulosorum. Il nous semble cependant que dans ce type les cônes cornés folliculaires sont beaucoup plus accentués.

Traitement. — Il faut soigner l'état général du malade en se conformant aux préceptes du traitement de la tuberculose. Si c'est possible on lui donne de l'huile de foie de morue à hautes doses, pure ou associée à l'iode. L'arseniate de soude a également été recommandé.

Le traitement externe doit consister en lavages et savonnages avec du savon de goudron ou d'ichthyol, et, quand c'est possible, en applications d'emplâtres à l'huile de foie de morue.

Si ce topique n'est pas toléré, on calme la peau avec des pâtes à l'oxyde de zinc, puis on essaie des cérats à l'huile de foie de morue purs ou ichthyolés, ou des pâtes de zinc salicylées ichthyolées.

Si au contraire l'emplâtre à l'huile de foie de morue est inerte, on prescrit des agents plus énergiques tels que les lotions, les pommades et les emplâtres à l'huile de cade, à l'acide pyrogallique, à l'acide salicylique, à la résorcine, à l'ichthyol, au savon noir, aux divers composés mercuriels connus.

3° Érythème induré de Bazin. — C'est Bazin qui le premier en 1855 a décrit cette forme morbide et l'a différenciée de l'érythème noueux. Puis elle est tombée dans l'oubli. E. Besnier et Feulard en ont mentionné des cas en 1888 et 1889 : elle a été définitivement remise dans le cadre nosologique par Colcott Fox en 1893 et par les dermatologistes actuels de l'Angleterre. Méneau, Audry, Leredde, Thibierge et Ravaut en France en ont étudié l'histologie et la pathogénie (voir la *thèse de Pautrier*, p. 131, et le beau travail de Umberto Mantegazza : *Annales de Dermat.*, p. 497, 1901, pour de plus amples détails).

Symptômes. — L'érythème induré de Bazin consiste essentiellement au point de vue objectif en des nodosités d'un volume qui varie de celui d'un pois à celui d'une petite noix ; elles sont dures au toucher ; elles varient comme coloration d'un rouge rosé au rouge livide violacé ; elles sont d'ordinaire assez mal limitées, car elles sont presque toujours entourées, sauf quand le malade garde complètement le lit, d'une zone œdémateuse périphérique ; elles sont indolentes ou parfois un peu douloureuses à la pression, parfois douloureuses spontanément ; elles siègent pour ainsi dire toujours à la partie moyenne et inférieure de la jambe, souvent à la région antérieure, parfois au mollet. Dans quelques cas on les a signalées au niveau de la

[1] Ce ne serait donc pas une tuberculide, mais une tuberculose locale : voir plus haut les *Généralités sur les tuberculides*.

cheville, du cou-de-pied, du genou, aux cuisses, à l'abdomen, à la région postérieure des bras, et même à la face. Au toucher, elles semblent être situées dans l'hypoderme et dans les parties profondes du derme : de là elles gagnent progressivement les couches superficielles de la peau. Elles sont fréquemment isolées les unes des autres, au nombre de 2, 6, parfois même davantage. Elles peuvent devenir cohérentes et former par leur réunion des plaques infiltrées d'un rouge violacé, irrégulières : il peut n'y avoir qu'un seul élément.

Les deux membres inférieurs sont parfois atteints : mais il n'est pas rare de voir la maladie cantonnée à une seule jambe, et c'est presque toujours dans ce cas celle dont la circulation veineuse est la moins satisfaisante qui est intéressée.

Leur début peut être annoncé par des douleurs violentes, puis par des sensations de brûlures et de démangeaisons, lesquelles disparaissent d'ordinaire ou tout au moins s'atténuent considérablement dès que les lésions sont constituées. Parfois elles se développent d'une manière tout à fait insidieuse, et le malade les découvre par hasard en examinant ses jambes tuméfiées par suite de fatigues exagérées et surtout d'une station debout prolongée.

Fig. 112. — Érythème induré de Bazin.

Une fois formées, elles peuvent évoluer de diverses façons. Le plus souvent, et presque toujours après une période de repos, elles se résorbent peu à peu et disparaissent sans aucune trace, ou en laissant après elles une légère dépression atrophique. Parfois les nodules deviennent de plus en plus saillants, d'un rouge violacé, livide ; la peau s'ulcère à leur sommet, et l'ensemble de la lésion a tout à fait l'aspect d'une gomme. Il s'écoule par l'ouverture un peu de liquide sanieux, puis tout peut se résorber ; mais d'ordinaire la perte de substance augmente, et il se forme une ulcération anfractueuse plus ou moins étendue qui n'occupe pas d'ordinaire toute l'étendue du nodule, et qui est par suite entourée d'une zone indurée et d'une aréole rouge plus ou moins violacée qui se confond insensiblement avec la peau saine. Ses bords sont anfractueux, taillés à pic ou en biseau : le fond est sanieux, d'un jaune grisâtre : la plaie n'est pas très profonde ; elle ne dépasse guère le derme : sa forme générale est arrondie ou ovalaire.

La guérison se produit lentement : le fond se déterge et bourgeonne, et il reste une cicatrice arrondie ou ovalaire légèrement déprimée, blanchâtre, parfois entourée d'une zone pigmentée brunâtre.

L'érythème induré est une affection qui peut évoluer par poussées successives : elle récidive parfois chez certains sujets surtout en hiver, plus rarement au printemps ou en automne. Chaque atteinte dure de six semaines à deux ou trois mois.

Anatomie pathologique. — Un nodule d'érythème induré à son début apparaît macroscopiquement comme une petite pelote de graisse de couleur jaune pâle. Si on l'incise au bistouri, il s'écoule un liquide huileux, et l'on constate la présence

de bandes scléreuses, de couleur presque blanche, circonscrivant le tissu adipeux (Pautrier).

Histologiquement il est constitué de travées de tissu conjonctif dense entre lesquelles il y a du tissu adipeux. Les travées fibreuses comprennent des vaisseaux sanguins entourés de foyers d'infiltration cellulaire, formés de leucocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Sur certains points l'oblitération des vaisseaux qui ont de l'endartérite ou de l'endophlébite en amène la nécrose. Les lésions, légères à l'étage moyen du derme, s'accentuent dans la couche profonde et arrivent à leur maximum dans l'hypoderme où se trouve certainement le point de départ du processus. L'importance des altérations vasculaires est capitale, aussi Philippson a-t-il voulu donner à cette affection le nom de *trombo-phlébite tuberculeuse* ou de *phlébite nodulaire nécrotique*.

Disons cependant que pour Audry la nature tuberculeuse de l'érythème induré ne serait nullement démontrée par l'histologie[1].

On ne trouve pas d'ordinaire de bacilles dans les coupes, mais Thibierge et Ravaut ont obtenu des inoculations positives sur le cobaye : leurs résultats ont été confirmés par C. Fox, Philippson et Jadassohn. Ce dernier auteur a vu les lésions de l'érythème induré réagir à la tuberculine.

Pour Pautrier et Leredde, cette affection est due à des embolies de bacilles de la tuberculose arrivant à la peau par le courant sanguin.

Étiologie. — L'érythème induré de Bazin s'observe presque exclusivement chez des jeunes filles (*érythème induré des jeunes filles*), et en particulier chez des blanchisseuses (Bazin). Cependant il n'est pas rare chez des femmes de quarante à cinquante ans. Il existe aussi chez l'homme, mais il est bien peu fréquent chez lui. Bazin connaissait déjà ses rapports avec la tuberculose ; il le rangeait dans ses scrofulides érythémateuses bénignes. Il coexiste assez fréquemment avec d'autres manifestations de la tuberculose.

Diagnostic. — L'*érythème noueux* en diffère par son évolution aiguë, fébrile ; il est souvent accompagné de symptômes généraux, de douleurs plus ou moins accentuées ; les nodosités siègent sur tous les membres et sont moins localisées aux membres inférieurs que celles de l'érythème induré. Elles évoluent comme l'ecchymose et ne s'ulcèrent jamais.

Les *nodosités de l'iodure de potassium* ont elles aussi une teinte plus rosée que celles de l'érythème induré et une évolution plus rapide. On doit d'ailleurs toujours songer à la possibilité d'une toxidermie quand on se trouve en présence de semblables lésions et instituer une enquête.

Les *noyaux phlébitiques* des membres inférieurs peuvent parfois s'accompagner de rougeur et d'empâtement de la peau : ils simulent dans ces cas l'érythème induré, mais ils constituent des lésions beaucoup plus vastes, moins nettement nodulaires, disposées suivant le trajet de veines variqueuses.

Les *gommes tuberculeuses vraies* siègent rarement aux jambes ; elles sont plus volumineuses, plus ramollies, fluctuantes, et donnent issue quand elles s'ouvrent à une assez grande quantité de pus mal lié. Leur cavité est anfractueuse, leurs bords décollés.

[1] Arthur Witfield dans un récent mémoire (*The British Journal of Dermat.*, juillet 1905, p. 241) soutient qu'il y a deux types morbides très différents qui revêtent l'aspect de l'érythème induré, l'un tuberculeux, l'autre non tuberculeux, et ce dernier survient chez des sujets plus âgés que le premier, a moins de tendance à s'ulcérer, évolue beaucoup plus vite, et est plus douloureux.

cheville, du cou-de-pied, du genou, aux cuisses, à l'abdomen, à la région postérieure des bras, et même à la face. Au toucher, elles semblent être situées dans l'hypoderme et dans les parties profondes du derme : de là elles gagnent progressivement les couches superficielles de la peau. Elles sont fréquemment isolées les unes des autres, au nombre de 2, 6, parfois même davantage. Elles peuvent devenir cohérentes et former par leur réunion des plaques infiltrées d'un rouge violacé, irrégulières : il peut n'y avoir qu'un seul élément.

Les deux membres inférieurs sont parfois atteints : mais il n'est pas rare de voir la maladie cantonnée à une seule jambe, et c'est presque toujours dans ce cas celle dont la circulation veineuse est la moins satisfaisante qui est intéressée.

Leur début peut être annoncé par des douleurs violentes, puis par des sensations de brûlures et de démangeaisons, lesquelles disparaissent d'ordinaire ou tout au moins s'atténuent considérablement dès que les lésions sont constituées. Parfois elles se développent d'une manière tout à fait insidieuse, et le malade les découvre par hasard en examinant ses jambes tuméfiées par suite de fatigues exagérées et surtout d'une station debout prolongée.

Fig. 112. — Érythème induré de Bazin.

Une fois formées, elles peuvent évoluer de diverses façons. Le plus souvent, et presque toujours après une période de repos, elles se résorbent peu à peu et disparaissent sans aucune trace, ou en laissant après elles une légère dépression atrophique. Parfois les nodules deviennent de plus en plus saillants, d'un rouge violacé, livide ; la peau s'ulcère à leur sommet, et l'ensemble de la lésion a tout à fait l'aspect d'une gomme. Il s'écoule par l'ouverture un peu de liquide sanieux, puis tout peut se résorber ; mais d'ordinaire la perte de substance augmente, et il se forme une ulcération anfractueuse plus ou moins étendue qui n'occupe pas d'ordinaire toute l'étendue du nodule, et qui est par suite entourée d'une zone indurée et d'une aréole rouge plus ou moins violacée qui se confond insensiblement avec la peau saine. Ses bords sont anfractueux, taillés à pic ou en biseau : le fond est sanieux, d'un jaune grisâtre : la plaie n'est pas très profonde ; elle ne dépasse guère le derme : sa forme générale est arrondie ou ovalaire.

La guérison se produit lentement : le fond se déterge et bourgeonne, et il reste une cicatrice arrondie ou ovalaire légèrement déprimée, blanchâtre, parfois entourée d'une zone pigmentée brunâtre.

L'érythème induré est une affection qui peut évoluer par poussées successives : elle récidive parfois chez certains sujets surtout en hiver, plus rarement au printemps ou en automne. Chaque atteinte dure de six semaines à deux ou trois mois.

Anatomie pathologique. — Un nodule d'érythème induré à son début apparaît macroscopiquement comme une petite pelote de graisse de couleur jaune pâle. Si on l'incise au bistouri, il s'écoule un liquide huileux, et l'on constate la présence

de bandes scléreuses, de couleur presque blanche, circonscrivant le tissu adipeux (Pautrier).

Histologiquement il est constitué de travées de tissu conjonctif dense entre lesquelles il y a du tissu adipeux. Les travées fibreuses comprennent des vaisseaux sanguins entourés de foyers d'infiltration cellulaire, formés de leucocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Sur certains points l'oblitération des vaisseaux qui ont de l'endartérite ou de l'endophlébite en amène la nécrose. Les lésions, légères à l'étage moyen du derme, s'accentuent dans la couche profonde et arrivent à leur maximum dans l'hypoderme où se trouve certainement le point de départ du processus. L'importance des altérations vasculaires est capitale, aussi Philippson a-t-il voulu donner à cette affection le nom de *trombo-phlébite tuberculeuse* ou de *phlébite nodulaire nécrotique*.

Disons cependant que pour Audry la nature tuberculeuse de l'érythème induré ne serait nullement démontrée par l'histologie[1].

On ne trouve pas d'ordinaire de bacilles dans les coupes, mais Thibierge et Ravaut ont obtenu des inoculations positives sur le cobaye : leurs résultats ont été confirmés par C. Fox, Philippson et Jadassohn. Ce dernier auteur a vu les lésions de l'érythème induré réagir à la tuberculine.

Pour Pautrier et Leredde, cette affection est due à des embolies de bacilles de la tuberculose arrivant à la peau par le courant sanguin.

Étiologie. — L'érythème induré de Bazin s'observe presque exclusivement chez des jeunes filles (*érythème induré des jeunes filles*), et en particulier chez des blanchisseuses (Bazin). Cependant il n'est pas rare chez des femmes de quarante à cinquante ans. Il existe aussi chez l'homme, mais il est bien peu fréquent chez lui. Bazin connaissait déjà ses rapports avec la tuberculose ; il le rangeait dans ses scrofulides érythémateuses bénignes. Il coexiste assez fréquemment avec d'autres manifestations de la tuberculose.

Diagnostic. — L'*érythème noueux* en diffère par son évolution aiguë, fébrile ; il est souvent accompagné de symptômes généraux, de douleurs plus ou moins accentuées ; les nodosités siègent sur tous les membres et sont moins localisées aux membres inférieurs que celles de l'érythème induré. Elles évoluent comme l'ecchymose et ne s'ulcèrent jamais.

Les *nodosités de l'iodure de potassium* ont elles aussi une teinte plus rosée que celles de l'érythème induré et une évolution plus rapide. On doit d'ailleurs toujours songer à la possibilité d'une toxidermie quand on se trouve en présence de semblables lésions et instituer une enquête.

Les *noyaux phlébitiques* des membres inférieurs peuvent parfois s'accompagner de rougeur et d'empâtement de la peau : ils simulent dans ces cas l'érythème induré, mais ils constituent des lésions beaucoup plus vastes, moins nettement nodulaires, disposées suivant le trajet de veines variqueuses.

Les *gommes tuberculeuses vraies* siègent rarement aux jambes ; elles sont plus volumineuses, plus ramollies, fluctuantes, et donnent issue quand elles s'ouvrent à une assez grande quantité de pus mal lié. Leur cavité est anfractueuse, leurs bords décollés.

[1] Arthur Witfield dans un récent mémoire (*The British Journal of Dermat.*, juillet 1905, p. 241) soutient qu'il y a deux types morbides très différents qui revêtent l'aspect de l'érythème induré, l'un tuberculeux, l'autre non tuberculeux, et ce dernier survient chez des sujets plus âgés que le premier, a moins de tendance à s'ulcérer, évolue beaucoup plus vite, et est plus douloureux.

Les *gommes syphilitiques* simulent à s'y méprendre l'érythème induré : peut-être les gommes syphilitiques ont-elles plus d'induration périphérique; peut-être est-il possible d'y observer un bourbillon et son élimination : mais ces signes sont bien peu importants. Il vaut mieux dans des cas douteux faire une biopsie, procéder à l'examen histologique des lésions ou faire un traitement d'épreuve, et encore dans ce dernier cas toute difficulté n'est-elle pas écartée, puisqu'on sait que les injections de calomel agissent dans les deux processus.

Traitement. — Nous n'insisterons pas sur la médication générale : on n'a qu'à se reporter aux articles lupus érythémateux et gommes tuberculeuses.

Fig. 113. — Tuberculides papulo-tuberculeuses de la face.

Toutes les fois que l'érythème induré siège aux membres inférieurs, le repos étendu, la jambe surélevée, s'impose. Une légère compression ouatée bien faite facilitera la guérison.

On a proposé d'appliquer sur les nodosités des compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque au 1/200 ou au 1/300, d'une solution faible de sublimé à 1 pour 3 ou 4000, d'eau blanche du Codex. L'emplâtre à l'ichthyol au 1/10, l'emplâtre rouge d'E. Vidal, et même l'emplâtre de Vigo, quand la peau est tolérante, peuvent être employés pour activer la résorption des néoplasies.

Quand le processus a évolué vers l'ulcération, on doit être encore plus intransigeant au point de vue du repos au lit. On pansera la plaie comme un ulcère de jambe ou comme une gomme tuberculeuse (voir ces mots) : mais nous croyons utile d'en badigeonner la cavité tous les jours ou tous les deux jours soit avec une solution phéniquée au 1/50, soit surtout avec une solution de bleu de Méthylène au 1/100 ou au 1/50. L'europhène, l'ectogan, l'aristol, l'iodol, et surtout l'iodoforme quand on peut le faire accepter nous ont paru avoir d'excellentes propriétés cicatrisantes dans ces cas.

Tuberculides papulo-nécrotiques. — Cette forme morbide a probablement été vue pour la première fois par Hutchinson, puis décrite par C. Bœck sous le nom de *Lupus érythémateux disséminé* en 1880. Complètement ignorant de ces recherches, nous crûmes créer un type nouveau en 1890 sous le nom de *folliculites disséminées des parties glabres à tendances cicatricielles :* c'est la *folliclis* de Barthélemy (1891), l'*acné varioliforme des extrémités* de Bronson, l'*hydrosadénite disséminée suppurative* de Dubreuilh, les *engelures nécrosiques* d'Allen, le *granulome innominé* de Tenneson, les *tuberculoses atypiques nodulaires à petits nodules* de Pautrier, etc... (Voir la *thèse de Pautrier :* p. 63 pour plus de détails).

Symptômes. — Au point de vue clinique pur cette dermatose est caractérisée par la formation aux membres supérieurs, aux mains, aux avant-bras, assez souvent

aux jambes, au pourtour des genoux, aux cuisses, à la face dorsale des pieds, à l'abdomen, aux oreilles, de petits éléments papulo-tuberculeux d'un rouge vif au début, puis plus livides, parfois même d'un bleu noirâtre, assez souvent surmontés dans les premiers jours de leur évolution d'une sorte de vésicule. Ils ont toujours un orifice central par lequel il est impossible de faire sourdre un liquide transparent ou opalin. A un examen superficiel on dirait des boutons d'acné, mais ils n'en ont en réalité ni l'aspect véritable, ni la localisation.

Fig. 114. — Tuberculides papulo-nécrotiques de l'oreille.

Ils débutent sous la forme d'une petite tache rosée à peine surélevée ; puis leur coloration se fonce, leur saillie se dessine ; il se produit au centre un soulèvement épidermique plus ou moins marqué au-dessous duquel existe de la sérosité citrine que l'on peut faire sourdre par la pression.

A un degré d'évolution de plus, la papule est devenue d'un rouge vif, plus saillante, un peu indurée ; elle porte à son milieu un point suppuré ou un orifice arrondi béant, ou une croûtelle jaunâtre, adhérente, de la profondeur de laquelle se détache un prolongement mince et conique lequel s'enfonce dans un trou central.

Enfin, après un laps de temps assez long, l'inflammation se dissipe, la rougeur disparaît, et il reste une cicatrice déprimée, assez semblable à celles de la variole, mais plus taillée à l'emporte-pièce.

Fig. 115. — Tuberculides papulo-nécrotiques des bras.

On y voit les éléments éruptifs à toutes les périodes d'évolution, et les cicatrices blanches déprimées caractéristiques.

Ces curieuses lésions qui peuvent être parfois cantonnées à une région, aux mains et aux doigts par exemple, parfois à la face palmaire des mains et des doigts, mettent chacune de dix à trente jours et même davantage à évoluer ; elles se produisent par poussées successives subintrantes dont la durée totale est fort longue, souvent de plusieurs années : ces poussées sont parfois séparées par des périodes de rémission complète ou incomplète : elles sont dans quelques cas saisonnières et presque périodiques, plus souvent elles sont fort irrégulières.

Les papulo-pustules que nous venons de décrire peuvent, surtout aux membres inférieurs, aboutir à des ulcérations considérables, taillées à l'emporte-pièce ; occupant toute l'épaisseur des téguments, irrégulières et sinueuses par confluence de plusieurs éléments voisins. Nous les avons vues cribler ainsi la face dorsale des

orteils, plus rarement la face dorsale des pieds, souvent le pourtour des talons, très souvent les jambes, un peu plus rarement les cuisses. Ce sont des *formes ulcéreuses graves*.

Chez l'enfant ces lésions affectent spécialement les régions lombaire et fessière (Nobl : *Derm. Zeit.*, 1904) sous la forme de nodules groupés, et chez eux elles coïncident pour ainsi dire toujours avec du lichen scrofulosorum, des gommes tuberculeuses, et d'autres manifestations de l'affection bacillaire.

A côté de ces tuberculides papulo-nécrotiques on a décrit sous le nom de *Tuberculides nodulaires* des lésions plus volumineuses que les précédentes, d'ordinaire

Fig. 116. — Tuberculides papulo-nécrotiques des mains.

symétriques, caractérisées par des nodules d'abord profonds, puis qui tendent à devenir superficiels, et qui évoluent soit vers la disparition graduelle par résorption, soit vers la nécrose centrale et l'ouverture au dehors avec perte profonde de substance. Ces faits établissent une transition entre les précédents et l'érythème induré de Bazin.

Anatomie pathologique. — Les lésions débutent dans les couches profondes du derme. Elles consistent essentiellement en une infiltration de cellules lymphatiques et de cellules fixes autour des vaisseaux : ces amas cellulaires se multiplent, constituent des nodules volumineux et subissent un processus dégénératif. Il se forme alors des noyaux caséeux. Les vaisseaux sont altérés par périartérite, périphlébite, endartérite, thrombose. On peut trouver des néoformations vasculaires, des cellules géantes et épithélioïdes. Il existe assez souvent au centre des nodules, soit un follicule pilo-sébacé, soit une glande sudoripare, mais leurs lésions ne sont pas constantes, et, quand elles existent, elles sont consécutives aux précédentes (Leredde).

On n'a jamais vu de bacilles dans les coupes ; Veillon a inoculé dans notre service de gros fragments à des cobayes sans le moindre résultat.

Etiologie. Pathogénie. — On relève d'ordinaire chez les malades qui présentent ces éruptions des adénites cervicales, sous-maxillaires, suppurées ou non, ou leurs cicatrices, ou des signes d'une tuberculose torpide quelconque. Elles coexistent souvent avec le lupus érythémateux. Elles semblent être plus fréquentes chez l'adulte.

Traitement. — Il nous a paru qu'en dehors de l'hygiène générale des tuberculeux

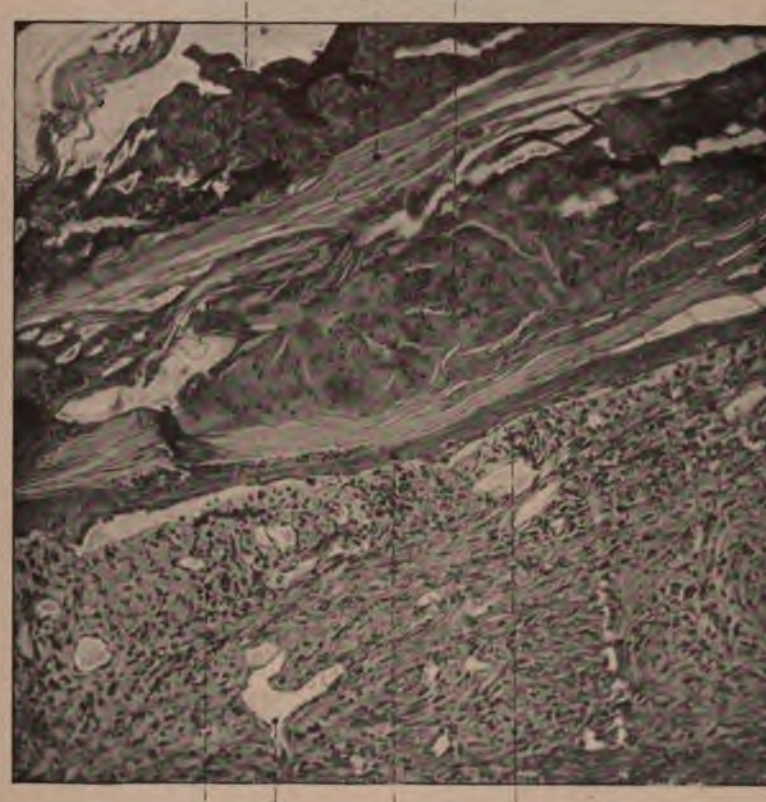


Fig. 117. — Tuberculide papulo-nécrotique (zone superficielle, croûte).

e.f, exsudats. — *b.c*, bandes de srates cornées. — *e*, épiderme aminci et atrophié. — *œ.s.e*, œdème sous-épidermique. — *i*, inflammation. — *d.l*, dilatation lymphatique.
On voit que la lésion n'offre aucune connexion avec une glande.

qui s'impose dans ces cas, il y avait intérêt pour les malades qui sont atteints de ces lésions à faire les traitements internes suivants, quand c'est possible, c'est-à-dire quand leur estomac ou quand leur tissu cellulaire sous-cutané les tolère.

Pendant une semaine faire des injections sous-cutanées d'arsenic (arseniate de soude ou liqueur de Fowler, ou de cacodylate de soude aux doses tolérées) : la semaine suivante donner aux repas l'acide phénique aux doses de 2 à 10 centigrammes par jour sous la forme de sirop mélangé aux aliments, et, quand c'est utile, des phosphates ou des glycérophosphates.

L'hiver on administre l'huile de foie de morue.

Localement on fait des lotions au sublimé ou au permanganate de potasse; on

panse avec des solutions à 1 p. 5 000 ou p. 10 000 de ces substances, ou avec les emplâtres rouge de Vidal, de Vigo, d'ichthyol, etc...

Il nous a semblé que dans les formes ulcéreuses graves des badigeons avec des solutions de bleu de méthylène au 1/200, au 1/100, au 1/50, puis des applications de poudre d'europhène, d'aristol, d'ectogan, ou d'iodoforme, avec enveloppement d'eau bouillie et compression, donnent de bons résultats.

Des saisons prolongées aux eaux chlorurées sodiques comme Salies de Béarn, Briscous-Biarritz, Salins-Moutiers, Kreuznach, Nauheim, etc., et aux eaux bicarbonatées chlorurées arsenicales comme la Bourboule sont tout particulièrement indiquées.

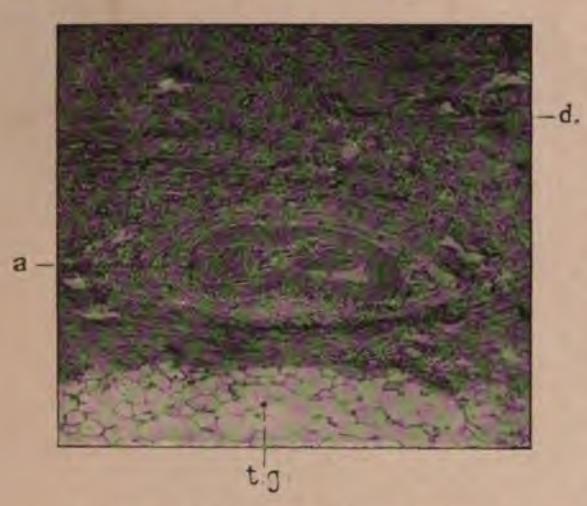


Fig. 118. — Tuberculide papulo-nécrotique.

d, derme profond, enflammé. — *a*, vascularite oblitérante. — *t.g*, tissu graisseux.
(Cette figure représente les parties profondes de la lésion reproduite figure 117).

Acnitis. — Le type clinique que Barthélemy a décrit en 1891 sous le nom d'*acnitis* se rapproche singulièrement des précédents. Il est probable qu'il répond à l'*hydradenite destructive suppurative* de Pollitzer, à l'*acné télangiectodes* de Kaposi, à l'*acné agminata* de R. Crocker.

Symptômes. — Il est caractérisé par la production sur le front et sur les tempes de petits nodules arrondis, très durs, de la grosseur d'un grain de millet, roulant sous le doigt et profondément enchâssés dans le derme et l'hypoderme. Peu à peu ils augmentent de dimensions, arrivent au bout d'une dizaine de jours à avoir le volume d'un gros pois. La peau rougit, le nodule devient fluctuant, et il s'ouvre en laissant s'écouler une ou deux gouttes d'un pus séreux, parfois même il sort un bourbillon. Après quatre ou cinq jours, la petite plaie sèche, se recouvre d'une croûtelle d'un brun jaunâtre, puis progressivement l'infiltration se résorbe après une durée totale d'un mois environ, et il ne reste qu'une cicatrice un peu déprimée, entourée d'un liséré brunâtre.

L'éruption est toujours fort discrète; dans quelques cas cependant les éléments se groupent au nombre de trois à cinq vers les paupières, les sourcils, etc...

Elle peut d'ailleurs gagner le cou, le tronc, les membres supérieurs et inférieurs. Elle évolue comme la forme précédente par poussées successives.

Anatomie pathologique. — Darier a démontré que ces lésions consistent en une infiltration abondante de cellules géantes et de cellules épithélioïdes, développées profondément dans le derme, en traînées périvasculaires, avec altération des vaisseaux sanguins.

Le *traitement* se confond avec celui des tuberculides papulo-nécrotiques.

5° Sarcoïdes. — « Bœck, en 1899-1900, a décrit sous le nom de *sarcoïdes multiples bénignes de la peau*, puis en 1904-1905 sous celui de *lupoïde multiple et bénin*, un

type clinique spécial, caractérisé par des éléments de volume variable, tumeurs, nodules, tubercules, ou papules, qui, dans les cas qu'il a observés, affectaient avec une symétrie notable des régions constamment identiques, la face, le haut du dos, et le côté de l'extension des membres supérieurs. Les nodules gros ou petits ont une coloration d'un rose brunâtre ou jaunâtre, une surface finement furfuracée, ne s'ulcèrent jamais, mais sont curables, laissant après eux une tache télangiectasique et furfuracée. Il a remarqué chez plusieurs la présence de ganglions engorgés. » (Darier).

L'évolution générale de la maladie qui est essentiellement chronique peut se partager en quatre stades : 1° le *stade éruptif*, lequel est assez souvent accompagné de quelques démangeaisons ; 2° le *stade de floraison*, 3° et 4° *deux stades régressifs* de très longue durée, les *stades de pigmentation* et de *télangiectasies*.

« L'histologie montre que ces sarcoïdes sont constituées par des amas en boudins d'infiltration cellulaire, paraissant logés dans les espaces lymphatiques péri-vasculaires, qu'ils distendent au point de remplir presque tout le chorion au niveau du nodule. Les éléments cellulaires néoplasiques sont des cellules épithélioïdes en grande majorité, avec quelques leucocytes et mastzellen, et çà et là de rares cellules géantes ; au centre des tractus, on note de la dégénérescence granuleuse. » (Darier).

Darier en France a beaucoup étudié cette question. Mais il a surtout fait porter ses travaux sur une forme spéciale à laquelle il a donné le nom de *sarcoïdes sous-cutanees* et qui est totalement différente des sarcoïdes de Bœck (voir J. Darier et G. Roussy : des sarcoïdes sous-cutanées : contribution à l'étude des tuberculides ou tuberculoses atténuées de l'hypoderme ; *Arch. de med. expérimentale et d'anat., pathol.* n° 1, janvier 1906). Il désigne sous ce nom « une forme relativement rare de tumeurs bénignes multiples, à *siège hypodermique*, dures et souvent indolentes, apparaissant d'ordinaire insidieusement et évoluant lentement sur une région quelconque du tronc et des membres, notablement plus fréquentes dans le sexe féminin. Leur caractère le plus spécial est fourni par leur structure histologique qui est très analogue et presque identique à celle des tissus tuberculeux ; mais on n'y rencontre pas de bacilles de Koch et l'inoculation aux animaux donne un résultat négatif. » (Darier). Elles sont d'ordinaire multiples, et forment des nodosités hypodermiques tantôt isolées, arrondies ou ovalaires, tantôt groupées de manière à constituer des cordons noueux ou de vastes placards irrégulièrement bosselés et marronnés. Le volume des tumeurs isolées varie de celui d'un grain de plomb à celui d'une grosse noix. Leur nombre oscille de 2 à 30 : leur consistance est fibreuse. Nettement mobiles sur les plans sous-jacents, elles adhèrent d'ordinaire à la peau qui présente à leur niveau une teinte lilas ou ardoisée, parfois rougeâtre. Au point de vue histologique ce sont des néoformations cellulaires du type tuberculeux avec dégénérescence épithélioïde considérable, caséification et cellules géantes. Plusieurs des malades de Darier étaient tuberculeux et ont réagi à la tuberculine. Bien que les inoculations aux cobayes aient été négatives, cet auteur est convaincu que les sarcoïdes sous cutanées sont le type parfait des tuberculides de l'hypoderme.

Il a tenté de reproduire expérimentalement ces tumeurs : il y est arrivé en se

[1] Voir les communications de Darier à la *Société de Dermatologie*, les 4 février et 11 avril 1904, le travail de Henri Français (un cas de Sarcoïdes sous cutanées multiples, *Annales de Dermat.*, 1905), et le dernier mémoire de C. Boeck (Fortgesetze Untersuchungen uber das multiple benigne Sarkoid. *Archiv. fur dermat. und syph.*, LXXIII Band, I, 3 Heft, 1905).

servant de la toxine chloroformique d'Auclair, c'est-à-dire des substances grasses extraites des corps de bacilles tuberculeux (*Congrès de Berlin*, 1904).

C. Bœck conclut très nettement pour la variété qu'il a décrite et qui est *dermique* tandis que celle de Darier est *hypodermique* : 1° qu'il s'agit certainement d'une infection bacillaire ; 2° que cette infection peut être considérée soit comme une forme nouvelle et bénigne de tuberculose, soit comme une maladie infectieuse spéciale très voisine de la tuberculose.

Le *traitement* qui semble toujours réussir, d'après C. Bœck, est l'emploi de l'arsenic à hautes doses; d'autre part Darier soutient que les injections de calomel ont un effet curatif remarquable. Il en est de même pour les injections de tuberculine.

6° Éruptions érythrodermiques généralisées. — Jadassohn pense que le *pityriasis rubra grave de Hébra* (voir ce mot) a d'étroits rapports avec la tuberculose.

Bruusgaard (*Archiv. f. Dermat. und. Syph.*, t. LXVII) a publié un cas dans lequel il se développa une *érythrodermie exfoliante généralisée* avec prurit intolérable, poussées aiguës successives; puis, peu à peu, à mesure que la malade (femme de soixante-cinq ans) se cachectisait, il survint de la pigmentation et un gonflement de tous les ganglions lymphatiques. A l'autopsie, que l'on fit après cinq mois de séjour à l'hôpital, on trouva les ganglions lymphatiques, le foie et la rate infiltrés de tubercules, et dans la peau au niveau de la couche papillaire et sous-papillaire des tubercules typiques avec cellules géantes et bacilles. L'auteur conclut à l'existence d'une éruption d'origine tuberculeuse.

7° Autres types objectifs de tuberculides. — D'après Darier, on trouve parfois chez les sujets porteurs de tuberculides typiques :

1° *De larges taches livides*, sans nécrose en foyer, mais avec atrophie centrale, qui établissent des relations entre le type papulo-nécrotique, le lupus érythémateux et le lupus pernio.

2° *Des tubercules* notablement plus gros que les éléments ordinaires, qui siègent principalement aux jambes, s'ulcèrent et laissent des cicatrices pigmentées; ils ont été désignés sous le nom de tuberculides nodulaires, et ils se rapprochent de l'érythème induré : les nodosités de l'érythème induré furent suivies, chez un malade de Darier, d'une poussée de tuberculides papulo-nécrotiques.

(D'après notre expérience personnelle ces tuberculides ulcéreuses sont relativement assez fréquentes aux membres inférieurs. Nous les avons vu prendre chez des jeunes filles (deux fois chez des adolescents) une extension considérable et cribler littéralement d'ulcérations profondes allant jusqu'à l'hypoderme, serpigineuses par confluence, livides, les pieds, les orteils, les jambes, et même, quoique plus rarement, les cuisses).

3° Des *éléments papulo-squameux* qui semblent constituer des formes de passage entre les tuberculides papulo-nécrotiques et le lichen scrofulosorum. Nous nous demandons si certains cas décrits sous le nom de lichen ruber accuminatus ne doivent pas rentrer dans ce groupe.

4° Des *éruptions abondantes* sur le tronc, à *éléments acnéiformes*, répondant à la description de l'*acné cachecticorum* de Hébra et de Kaposi, laquelle consiste en papules et pustules çà et là disséminées de la grosseur d'une tête d'épingle et d'une lentille, plates, molles, d'un rouge livide. Elles rentrent pour nous dans les tuberculides papulo-nécrotiques.

5° L'*acné scrofulosorum* (*Scrofulide acnéiforme* ; *Scrofulide pustuleuse* de Colcott Fox, R. Crocker, Pringle) des auteurs anglais est constituée par de petits éléments papuleux, avec aréole érythémateuse et pustulette centrale, laquelle est remplacée par une croûtelle : après la chute de la croûtelle, il reste une cicatrice rougeâtre ou brunâtre. Cette forme morbide doit pour nous rentrer purement et simplement dans les tuberculides papulo-nécrotiques.

6° Hallopeau et Thibierge ont décrit des *tuberculides suppuratives agminées* dont la lésion élémentaire est une pustule miliaire péri-pilaire avec aréole rouge : ces éléments peuvent être disséminés çà et là sur le tronc et les membres, ou se grouper en longs et larges placards dont le centre, en voie de guérison, d'un rouge sombre, est recouvert de squames minces et adhérentes, tandis que les pustules abondent vers la périphérie qui est la zone d'extension.

3° MORVE

La *morve* est une maladie microbienne, contagieuse et inoculable, ayant pour agent pathogène une bactérie spéciale : elle atteint surtout les Solipèdes, mais peut aussi se développer accidentellement chez l'homme.

On donne à cette affection le nom de *Morve proprement dite* lorsque les fosses nasales sont intéressées, celui de *Farcin* lorsque ces régions sont indemnes.

Nous serons extrêmement brefs sur ce sujet : nous ne voulons qu'appeler l'attention des médecins sur les lésions cutanées de l'affection farcino-morveuse, lésions qui, dans leurs formes chroniques, sont souvent méconnues, même par des dermatologistes de profession (voir en France les travaux récents d'E. Besnier, de Quinquaud, d'Hallopeau et Jeanselme, de Babès, de Vidal, de Rémy, à l'étranger ceux de Neisser, A. Buschke, Karl Zieler (1903), etc... et l'article de Bodin de la *Pratique dermat.* pour toute l'ancienne bibliographie).

Description du bacille. — Le bacille de la morve est absolument spécifique. Il a été découvert par Bouchard, Capitan et Charrin. Il affecte la forme d'un petit bâtonnet très analogue à celui de la tuberculose, ayant à peu près les mêmes dimensions, de 0μ,5 de large sur 3 à 5 μ de long : il est tantôt rectiligne, tantôt incurvé ; il fixe assez mal les matières colorantes : c'est un aérobie. Il se cultive assez bien sur la plupart des milieux usuels à la température de 37° ; il est détruit en dix minutes par la chaleur à 55°, en trois ou quatre minutes à 60° : il ne résiste pas non plus à la plupart des antiseptiques.

Il élabore des produits toxiques que l'on a désignés sous le nom de *malléine*, et dont on ne connaît pas encore la nature exacte ; injectée à un sujet morveux, la malléine produit chez lui une réaction locale (tuméfaction œdémateuse, douloureuse et chaude), générale (prostration), et thermique (élévation de la température) qui est caractéristique de l'infection morveuse.

Inoculé dans le péritoine du cobaye, le virus morveux produit dès le deuxième ou le troisième jour une orchite volumineuse qui aboutit, lorsque l'animal résiste, à des abcès et à des fistules testiculaires : la mort survient d'ordinaire en un laps de temps qui varie de une à trois semaines. Cette orchite morveuse du cobaye est extrêmement importante au point de vue du diagnostic de lésions douteuses.

Étiologie. — C'est presque toujours par le cheval que l'homme est infecté : il l'est rarement de l'homme à l'homme, ou par le contact de linges contaminés, ou par

des expériences de laboratoire. Il s'ensuit que chez la femme la morve est pour ainsi dire inconnue, et que certaines professions, palefreniers, cochers, cultivateurs, vétérinaires, cavaliers, etc..., y prédisposent. D'ordinaire la porte d'entrée du virus est un traumatisme cutané ou muqueux quelconque, beaucoup plus rarement c'est l'ingestion de viandes morveuses.

Anatomie pathologique. — D'après Unna le point de départ d'un nodule morveux est une embolie de bacilles spécifiques dans un vaisseau superficiel de la peau; ce vaisseau s'élargit et dégénère : l'endothélium se tuméfie; ses cellules se transforment en une masse nécrotique finement fibrillaire, oblitèrent la lumière. Puis les bacilles sortent du vaisseau, se multiplient; la malléine agit à distance, et le tissu conjonctif se transforme tout autour du foyer en un magma assez homogène, quoique finement réticulé et peu colorable.

Voici d'autre part ce que dit Bodin dans son récent article :

« L'élément débute par une agglomération de leucocytes polynucléaires s'entourant souvent d'une zone de cellules à noyau unique et qui sont d après Leredde des mononucléaires : tout autour de cette granulation il est fréquent de noter des zones inflammatoires, caractérisées par l'abondance des exsudats fibrineux.

« Une fois constituée, la granulation morveuse évolue rapidement vers la caséification qui s'opère ici comme dans la tuberculose par nécrose du protoplasma et fragmentation du noyau.

« Les bacilles morveux sont difficiles à déceler et se voient surtout dans les zones caséifiées.

« La lésion morveuse élémentaire est donc une granulation qui diffère du tubercule par sa constitution presque exclusivement leucocytaire, par l'abondance des exsudats fibrineux périphériques et par l'absence des cellules géantes et épithélioïdes qui ne se rencontrent pas dans la morve aiguë... Dans certains cas de morve chronique on peut voir, dans la région des mononucléaires entourant l'amas de leucocytes polynucléaires, se former des cellules à type épithélioïde et même des cellules géantes provenant des mononucléaires; en ce cas l'analogie avec le tubercule vrai est très grande » (Bodin, *Pratique dermat.*).

I. Morve et farcin aigus.

Symptômes. — Dans la forme aiguë de l'affection farcino-morveuse les erreurs de diagnostic sont peu fréquentes, car l'ensemble des phénomènes généraux et la rapidité d'évolution de la maladie permettent presque toujours de la reconnaître. Voici d'ailleurs quel est l'aspect des lésions cutanées : — tuméfactions et traînées lymphangitiques des pieds, des mains, du visage; — sorte d'érysipèle facial avec œdème dur mal limité, compliqué de vésicules, de bulles, de plaques gangréneuses; — éruption pustuleuse également caractéristique qui survient vers le sixième jour sous la forme de petites taches rouges, puis de papules acuminées qui se transforment rapidement en pustules non ombiliquées, saillantes ou aplaties, entourées d'une aréole rosée, reposant assez souvent sur une large base indurée, isolées ou confluentes, bientôt recouvertes de croûtes d'un jaune brunâtre, siégeant sur la face, les joues, les paupières, le nez, le front, les muscles et les muqueuses.

Les symptômes caractéristiques de la maladie se développent simultanément du côté des fosses nasales et de l'arrière-gorge (enchifrènement, nasonnement, jetage, tuméfaction douloureuse de la racine du nez, etc...), et imposent le diagnostic.

L'état général devient rapidement grave : le larynx et le poumon se prennent :

la fièvre est intense ; la mort arrive dans le coma en un laps de temps qui varie de cinq jours à trois semaines.

II. **Morve et farcin chroniques**. — Le tableau morbide n'a plus cette netteté dans les formes chroniques de l'affection farcino-morveuse, d'autant plus qu'elle revêt rarement d'emblée l'apparence morveuse, c'est-à-dire qu'elle ne se localise pas le plus souvent tout d'abord aux fosses nasales, ce qui éveillerait l'attention ; elle débute par d'autres points du corps, et n'attaque que secondairement les cavités nasales quand elle le fait. Parfois cependant elle semble bien avoir débuté par les voies respiratoires supérieures, mais il se développe d'ordinaire dans ces cas d'autres lésions qui donnent le change.

Au point de vue objectif (celui dont nous nous occupons uniquement ici), le farcin chronique est caractérisé par des sortes d'abcès qui se forment assez rapidement, quatre à six semaines après l'infection. Ils apparaissent par poussées successives ; chaque poussée comprend d'ordinaire de trois à cinq collections purulentes assez mal limitées qui siègent en un ou plusieurs points, surtout sur les membres, vers les articulations, plus rarement à la face, plus rarement encore sur le tronc. Ces collections peuvent se résorber, plus souvent elles évoluent : cette évolution se fait tantôt rapidement (variété inflammatoire ou phlegmoneuse), tantôt avec beaucoup de lenteur et dure plusieurs mois (variété torpide). A leur niveau les téguments rougissent, s'amincissent peu à peu, prennent un aspect violacé et finissent par s'ulcérer. Il s'en écoule un pus qui peut être fort abondant aux membres où les collections sont parfois très volumineuses, beaucoup moins à la face où elles ont des dimensions qui varient de celles d'un pois à celles d'une noisette. Dans les variétés torpides le contenu des nodosités farcineuses peut être du pus, du sang, un mélange de sang et de pus, ou bien un liquide jaunâtre visqueux ou séreux (huile de farcin).

Les ulcérations qui succèdent à l'ouverture de ces collections peuvent se cicatriser : plus souvent elles persistent, quelquefois même, quoique rarement, elles ont de la tendance à s'agrandir et à se réunir aux ulcérations voisines. Leurs bords sont d'un rouge violacé, livides, déchiquetés, décollés, assez semblables à ceux des gommes scrofuleuses ; ils sont parfois circinés et rappellent de loin la configuration des lésions syphilitiques. Le fond des ulcérations est sanieux ou d'un rouge livide, granuleux, irrégulier, anfractueux et végétant ; les os sous-jacents sont souvent nécrosés.

La masse morbide donne au toucher une sensation de mollesse assez spéciale. Cependant les auteurs disent aussi que les bords des ulcérations peuvent s'indurer et présenter une consistance calleuse. Il n'est pas rare de trouver à la périphérie des sortes de nodosités fluctuantes qui sont de nouveaux abcès en voie d'évolution.

Les ulcérations farcino-morveuses semblent aussi pouvoir succéder à des néoplasies d'aspect inflammatoire sans collection purulente préulcéreuse (Hallopeau et Jeanselme).

On a vu ces lésions envahir la face, détruire la lèvre supérieure, le nez, les paupières, les parties voisines des joues, simuler les tuberculoses ou les syphilis mutilantes, les épithéliomes, etc. (*Farcinose mutilante de la face*).

Les ganglions lymphatiques ne sont pas toujours atteints : cependant les angioleucites sont souvent assez fréquentes. Les douleurs sont des plus variables, d'ordinaire à peu près nulles.

La marche de l'affection est presque toujours lente, progressive, parfois insidieuse, avec des périodes plus ou moins longues de pseudo-guérison.

Il est inutile d'ajouter que la mort est la terminaison habituelle par une poussée aiguë terminale au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, à moins que l'on ne fasse le diagnostic et que l'on n'intervienne rationnellement.

Il ne servirait à rien de nous étendre ici sur le diagnostic différentiel de ces lésions et de la tuberculose, de la syphilis, de l'épithéliome. « On doit penser à cette infection quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès sous-cutanés ou intra-musculaires, des ulcérations des fosses nasales, de la muqueuse buccale ou du voile du palais, et une tuméfaction douloureuse de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec un suintement purulent des narines » (Hallopeau et Jeanselme). En l'absence de renseignements étiologiques, il n'y a en réalité qu'un moyen d'arriver à reconnaître la lésion, il faut y penser quand on a affaire à une affection qui paraît s'écarter des types ordinaires, et faire confirmer cette hypothèse par une inoculation aux animaux.

Traitement. — Nous laissons complètement de côté le traitement général et le traitement local des affections farcino-morveuses aiguës : on n'a pour avoir des renseignements sur ces points qu'à se reporter aux ouvrages classiques.

Nous croyons qu'on doit vigoureusement attaquer au point de vue local les affections farcino-morveuses chroniques. Dès qu'on en aura soupçonné l'existence, on incisera les collections purulentes, on en grattera les parois, on les lavera avec du sublimé au 1/500 ou de l'acide phénique au 2/100, ou avec la solution iodo-iodurée au 1/1 000, puis on les cautérisera au fer rouge et on les pansera antiseptiquement en les bourrant de gaze iodoformée. Tous les tissus cutanés qui semblent être envahis seront excisés ou détruits au galvanocautère ou au thermocautère. Il ne faut pas reculer devant ces destructions, quelque sévères qu'elles puissent paraître, car il est à la rigueur possible en les exécutant de sauver le malade.

4° PUSTULE MALIGNE

La *pustule maligne* est le résultat de l'inoculation à la peau de la bactéridie charbonneuse de Davaine.

Description sommaire du bacillus anthracis. — Ce microbe célèbre se présente à l'examen microscopique direct du sang d'un sujet atteint de charbon sous la forme de bâtonnets droits, immobiles, transparents, formés parfois de 2 ou 3 articles, et ayant de 1 μ à 1 μ,25 de large sur 5 à 20 μ de long. Il se colore facilement par les couleurs basiques d'aniline, et se cultive aisément sur tous les milieux usuels neutres ou légèrement alcalins. C'est un aérobie.

Il se développe surtout chez les animaux, moutons, chèvres, chevaux, bœufs, etc... ; il cause chez eux la maladie connue sous le nom de *Charbon* (*fièvre charbonneuse du cheval, maladie de sang du bœuf, sang de rate du mouton*, etc...

L'homme est contaminé presque toujours par un animal malade : les inoculations d'homme à homme ou par les objets de pansement souillés sont possibles, mais très rares. Ce sont donc surtout les personnes qui manient les animaux ou leurs produits qui sont exposées : ce sont les bergers, les vétérinaires, les bouchers, les équarisseurs, les tanneurs, les mégissiers, les porteurs de cuirs, les selliers, cordonniers, gantiers, pelletiers, matelassiers, etc... Dans tous ces cas l'infection se

fait par une éraflure de l'épiderme. Il semble que dans quelques cas extrêmement rares elle se produise comme chez les animaux par le tube digestif (charbon gastro-intestinal) à la suite d'ingestion de microbes mélangés aux aliments. On a même décrit un charbon pulmonaire par inhalation de spores mélangées aux poussières : mais ces faits sortent de notre cadre.

Anatomie pathologique. — Voici le résumé des lésions qui ont été décrites par Unna dans la pustule maligne au début.

A la hauteur du réseau sous-papillaire, il existe un foyer aplati constitué par un feutrage serré de bactéries qui envoie des prolongements dans le corps papillaire sus-jacent et l'épiderme. Tout autour existe une vaso-dilatation accentuée, un œdème considérable du derme et de l'hypoderme, un réseau fibrineux dans les espaces lymphatiques, les veines, et jusque dans le tissu conjonctif des muscles. Les faisceaux conjonctifs ne sont que dissociés en fibrilles, gonflés par place, non coagulés : l'élastine n'a disparu qu'en partie. Les noyaux des cellules conjonctives sont conservés ; leur protoplasme a souffert. Les mastzellen sont peu nombreuses, petites et rondes.

L'émigration leucocytaire, abondante et diffuse, intéresse le derme, l'hypoderme et les couches musculaires assez loin du foyer (Marcel Sée, art. Charbon de *la Pratique dermat.*, d'après Unna).

Les vésicules se forment par œdème du corps muqueux de Malpighi, consécutif à l'œdème du corps papillaire. Il se produit en ces points de petites cavités remplies de fibrine granuleuse et de lymphe. Dans l'épithélium il y a à la fois de simples dilatations des espaces intercellulaires et une colliquation régulière des cellules épithéliales elles-mêmes (Unna).

Symptômes. — « Deux ou trois jours après l'inoculation, quelquefois plus tôt, la pustule maligne a l'aspect d'une petite tache semblable à une piqûre de puce (*première période*). Il se forme alors sur cette tache une petite vésicule remplie de sérosité que le malade déchire le plus souvent en la grattant; un peu de prurit accompagne cette éruption. Au bout de vingt-quatre à trente-six heures, la démangeaison devient plus forte ; il s'y joint un léger sentiment de chaleur et de cuisson (*deuxième période*). La place qu'occupait la vésicule présente une petite induration mobile, circonscrite, perceptible au toucher seulement ; bientôt elle devient évidente et offre le plus souvent à l'œil une surface grenue, brune, violette ou noire, qui présente alternativement des éminences et des enfoncements (*tubercule lenticulaire.* » « On y voit fréquemment des traînées rouges de lymphangite superficielle (*racines du charbon*) aboutissant à des ganglions volumineux et douloureux. » « Tout autour de ce tubercule noirâtre, la peau se gonfle, s'enflamme, devient rouge, violacée, livide. De petites phlyctènes remplies de sérosité roussâtre se forment (*aréole vésiculaire de Chaussier*), et entourent l'escarre centrale qui continue à se développer ; il n'y a pas encore de symptômes généraux. »

« Dans la *troisième période*, le mal dépasse la peau, envahit le tissu cellulaire sous-cutané ; l'escarre centrale devient violacée, noire, gagne en surface, en poussant devant elle l'aréole vésiculaire et inflammatoire. Au delà de l'aréole la peau est tendue, luisante, d'un rouge foncé, quelquefois violacé; le tissu cellulaire est le siège d'une espèce d'infiltration gélatineuse ; tout le membre se trouve bientôt envahi par la maladie ; les parois du thorax et du ventre peuvent être aussi le siège de cette infiltration et de cette tension qui causent au malade un sentiment de pesanteur et d'étranglement. Cette *troisième période* dure de quatre à cinq jours

chez un sujet robuste ; chez un sujet faible au contraire la maladie fait des progrès beaucoup plus rapides. »

« Dans la *quatrième période* tous les accidents s'aggravent : l'escarre centrale se détache et il s'écoule un liquide séreux. Le tissu cellulaire se gangrène ; la peau qui le recouvre participe bientôt au même travail : il y apparaît des phlyctènes, et l'on trouve une plaie très étendue bornée cependant au tissu cellulaire sous-cutané. »

« C'est principalement à cette époque que s'annoncent des symptômes d'infection générale : le pouls devient petit, faible, inégal ; la peau est brûlante, la température très élevée (40°, 41°) la soif extrêmement vive, la langue est sèche,... l'accablement extrême, la respiration gênée, anxieuse ; bientôt surviennent des hémorragies, des sueurs colliquatives, des syncopes, du délire, et le malade ne tarde pas à succomber après un abaissement assez considérable de la température. »

« La marche est quelquefois tellement rapide que le malade meurt vingt-quatre heures après l'invasion : l'affection peut cependant durer jusqu'à douze ou quinze jours. Si les symptômes s'arrêtent à la fin de la deuxième période, le malade guérit. » La guérison spontanée peut donc avoir lieu, quoique la terminaison soit souvent funeste. (Jamain et Terrier, *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales*, t. I, p. 191, 193.)

La pustule maligne siège presque toujours aux parties découvertes, à la face, à la nuque, aux avant-bras, à la face dorsale de la main, etc...

Quand elle affecte les paupières elle s'accompagne d'un œdème dur considérable.

C'est également aux paupières que l'on observe surtout la forme objective de charbon cutané à laquelle on a donné le nom d'*œdème malin* et qui consiste en un gonflement mou, indolent, avec des vésicules irrégulièrement groupées vers le point de début, mais sans escarre. Cette forme s'accompagne presque toujours rapidement de symptômes généraux graves (voir au sujet des différences qui existent entre la pustule maligne dans laquelle les symptômes locaux sont intenses et les phénomènes généraux souvent assez bénins, et l'œdème malin dans lequel les symptômes locaux sont minimes, et les phénomènes septicémiques d'une exceptionnelle intensité, la communication de Chauffard et Lœderich : *Soc. méd. des hôpit.*, 28 oct. 1904).

Diagnostic. — Il sera toujours facile en se reportant à la description qui précède de distinguer la pustule maligne des piqûres d'insectes, du furoncle, de l'anthrax, de l'herpès, de l'acné, de l'ecthyma, du chancre induré, etc... Les trois signes presque pathognomoniques de la pustule maligne sont « *l'absence de pus ou de sérosité purulente dans la vésicule primitive, l'absence de douleur spontanée, l'existence d'une auréole vésiculaire* ».

Traitement. — (Voir les ouvrages de chirurgie.) L'excision a été proposée, mais c'est un procédé d'une efficacité douteuse et fort douloureux. La cautérisation sera pratiquée avec des caustiques très énergiques ou mieux avec le fer rouge. Dans la première période on ouvrira la vésicule et on placera dans le fond un petit morceau de potasse caustique, de chlorure d'antimoine, de caustique de Vienne, de caustique Filhos, ou une boulette d'ouate ou de charpie imprégnée d'un liquide très caustique, tel qu'une solution concentrée de chlorure de zinc ou de sublimé. On pansera ensuite comme pour une plaie simple. Dans la deuxième et dans la troisième période on fendra l'escarre, on en détachera les lambeaux, et on

cautérisera fortement toutes les surfaces avec un caustique énergique ou avec le cautère actuel.

Dans la quatrième période, il est nécessaire de détruire complètement et longuement avec le fer rouge tous les tissus malades.

Certains auteurs emploient simplement les feuilles ou l'écorce fraîche de noyer appliquées sur la tumeur ; d'autres prescrivent les injections d'acide phénique et surtout de teinture d'iode dans l'épaisseur des tissus malades: cette dernière méthode mérite d'être recommandée. A l'heure actuelle elle semble être préférée à toutes les autres : on emploie des solutions iodo-iodurées à 1 ou 2 p. 100 qu'on injecte matin et soir tout autour de la pustule : on peut ne faire que 3 ou 4 piqûres de XX à XXX gouttes chaque : il vaut peut-être mieux faire de très nombreuses injections rapprochées de III à IV gouttes chaque. Il faut dépasser de 2 à 3 centimètres la zone d'induration.

Camescasse (*Soc. de thérapeutique*, 22 janv. 1902) traite la pustule maligne de la manière suivante : il pratique une incision très large, arrose lentement la plaie avec de l'eau oxygénée, et panse avec de la lessive de soude à 20 p. 1 000.

Comme traitement général, on donnera les toniques et les excitants, tels que la quinine, le quinquina, l'acétate d'ammoniaque, le perchlorure de fer, l'alcool, le champagne, les potions cordiales, etc...

5° CHANCRE SIMPLE

On donne le nom de *chancre simple* (*chancre mou, chancroïd*) à une ulcération cutanée spécifique causée par l'inoculation aux téguments d'un microbe spécial que Ducrey a découvert et que Lenglet a le premier cultivé dans notre laboratoire.

Description du microbe. — C'est une bactérie de 0μ,50 de large sur 1μ,80 de long. Ce bacille est gros et court ; ses extrémités sont arrondies ; il présente le plus souvent une dépression de chaque côté, ce qui lui donne la forme d'un 8. Cette dépression manque quelquefois. D'après la plupart des auteurs il a l'aspect d'une navette, d'un biscuit dont les deux bouts sont colorés, le centre clair ; l'espace central et les deux bouts paraissent enveloppés par une même membrane mince très difficile à percevoir. Il existe des formes rondes, rares, qui ne seraient que le bacille vu verticalement. Ordinairement ce bacille est libre. Il forme souvent des amas. Il est parfois englobé par des globules blancs. Ducrey l'a coloré par la fuchsine et le violet de gentiane. Il se décolore par le Gram (Wurtz d'après Ducrey).

Nicolle a prouvé le premier qu'il pouvait former des chapelets plus ou moins longs, presque toujours assez courts dans le pus et constitués par 3, 4, 5 éléments ; parfois ils sont infiniment plus considérables, d'où le nom de *streptobacille* qu'on lui a donné.

Lenglet l'a cultivé en 1898 sur des milieux faits avec de la gélose, de la peptone de peau humaine et du sang ; il a obtenu par inoculation de ces cultures à l'homme le véritable chancre simple dans lequel il a retrouvé le streptobacille qu'il a cultivé de nouveau et réinoculé : il a donc donné le premier la preuve pastorienne de la valeur pathogène du bacille de Ducrey. En 1900 Bezançon, Griffon et Le Sourd ont cultivé ce microbe sur sang gélosé.

Pour que le microbe du chancre simple détermine une lésion, il faut qu'il

soit inoculé par effraction de l'épiderme ; déposé simplement à la surface des téguments intacts, il reste inoffensif.

Il est inoculable au singe.

Étiologie. — Le chancre simple résulte donc toujours d'une contagion ou pour mieux dire d'une inoculation directe. Ce n'est, comme on l'a cru pendant longtemps, ni un produit de la saleté, ni un accident de la syphilis. C'est une affection *sui generis*, ne dérivant que d'elle-même.

Presque toujours il se propage par le coït ; mais il est directement inoculable du sujet malade au sujet sain, et indéfiniment autoinoculable (expériences d'Auzias Turenne) par transport direct du pus virulent sur une surface cutanée quelle qu'elle soit avec effraction de la couche épidermique. Nous savons maintenant qu'il peut s'observer en un point quelconque du corps, à la face en particulier. On a même décrit le chancre simple de la langue.

Les sièges de prédilection de cette affection sont: chez l'homme, le prépuce, le gland, la verge, puis le scrotum, plus rarement l'anus ; chez la femme, les petites lèvres, la fourchette, le pourtour de l'anus, le périnée, le clitoris, les grandes lèvres, le vagin.

La fréquence du chancre simple est éminemment variable suivant les années dans une même localité. On a constaté qu'à Paris il subissait une recrudescence notable au moment des expositions universelles.

Symptômes. — Entre le moment précis où se produit l'inoculation, et celui où les premiers symptômes deviennent visibles, il s'écoule un certain temps qui constitue une véritable période d'incubation. Cette période est fort courte : elle ne dure d'ordinaire que de quarante à quarante-huit heures, fort rarement trois ou quatre jours, tout à fait exceptionnellement une semaine. En réalité il est permis de se demander s'il y a réellement une période d'incubation. Il semble bien que, dès qu'il est inoculé, le strepto-bacille fructifie. Quand on inocule du pus d'un chancre simple pour élucider le diagnostic, on constate en effet assez souvent de la rougeur après vingt-quatre heures, et c'est au bout de quarante-huit heures que l'on voit nettement se former un petit soulèvement de l'épiderme par de la sérosité louche, soulèvement qui a les dimensions d'une tête d'épingle, qui est entouré d'une zone érythémateuse assez accentuée, et au-dessous duquel existe déjà une ulcération dermique présentant en diminutif les caractères essentiels du chancre simple.

Fig. 119. — Chancres simples de la fourchette et de l'anus.

En dehors de ces conditions si spéciales de l'inoculation expérimentale, le malade est presque toujours averti de l'éclosion du chancre simple par une certaine sensation douloureuse, et, quand il s'examine, il constate déjà la présence d'une ulcération assez régulièrement arrondie ou ovalaire, à bords entourés d'un liséré rouge, parfois légèrement tuméfiés, conges-

tionnes, saignant assez facilement au contact. Ces bords sont nets, taillés à pic. Le fond de la plaie est jaunâtre ou jaune grisâtre, assez irrégulier, recouvert de pus assez mal lié. L'ulcération grandit avec rapidité : en trois, quatre, cinq jours, elle double ou triple d'étendue. Elle prend ainsi des dimensions éminemment variables suivant les cas et les localisations : elle peut avoir le volume d'une grosse lentille, ou 2 à 3 centimètres de diamètre; elle est alors d'une extrême irrégularité de contours, bizarrement découpée, et comme déchiquetée.

En même temps qu'elle gagne en surface, elle peut gagner en profondeur, bien

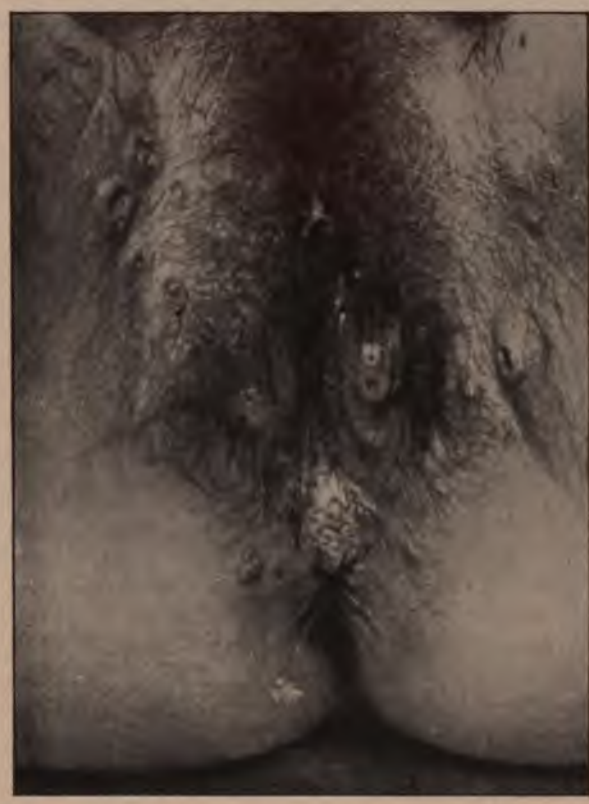


Fig. 120. — Chancres simples multiples de la vulve et de la face interne des cuisses.

qu'il soit rare qu'elle dépasse de beaucoup les limites du derme : cependant on l'a vue perforer le prépuce, le filet, les petites lèvres, etc..., et cela sans prendre nettement la forme phagédénique.

Le chancre simple est assez souvent unique : il est plus fréquent d'en observer deux ou plusieurs sur le même sujet : nous avons vu en effet qu'il est indéfiniment auto-inoculable : le pus de l'ulcère primitif infecte toutes les érosions du voisinage.

Un des caractères majeurs de cette affection est la souplesse que conservent les tissus malades : quand on les saisit entre le pouce et l'index, on n'éprouve pas de sensation d'induration comparable à celle du chancre syphilitique. Il peut bien y avoir dans quelques cas une certaine tuméfaction inflammatoire périphérique, mais elle reste toujours molle et ne donne jamais au toucher la sensation de parchemin ou de cartilage qui caractérise l'accident initial de la syphilis. Aussi lui

a-t-on donné le nom de *chancre mou*. Cette dénomination ne peut cependant pas être conservée, car certains chancres syphilitiques, en particulier chez la femme, n'ont pas de base indurée nette.

Le chancre simple suppure d'ordinaire assez abondamment : parfois même il le fait avec excès, surtout quand il s'accompagne de phénomènes inflammatoires et douloureux accentués.

Après un certain temps d'évolution, le chancre simple, s'il ne survient aucune complication, perd son caractère inflammatoire et virulent, les bacilles disparaissent, la suppuration diminue, les bords s'affaissent, le fond de la plaie bourgeonne, et elle finit par se fermer en laissant une cicatrice plus ou moins déprimée selon la profondeur de la plaie, et qui tend peu à peu à s'effacer et à ne laisser que des dépressions lisses ou gaufrées plus ou moins pigmentées.

Chez l'homme, le chancre simple siège surtout à la face interne du prépuce, au sillon glando-préputial, et sur le gland. Il attaque fort souvent le filet : tantôt il débute par les parties latérales de cet organe ; dans ce cas il le perfore à l'emporte-pièce, et guérit en laissant une arcade plus ou moins large, ou bien il finit par le sectionner complètement : tantôt il débute par son bord libre, et le ronge progressivement en allant de la superficie à la profondeur. Quand il siège au bord libre du prépuce, il est presque toujours multiple et affecte parfois l'aspect de sortes de papules irrégulières ulcérées, en chou-fleur, saillantes à la périphérie, déchiquetées au centre. A la rainure glando-préputiale, il forme fréquemment toute une couronne d'ulcérations petites et moyennes qui peuvent devenir confluentes.

Quand il siège au méat urinaire, il peut s'accompagner d'une tuméfaction rouge, rénitente, simulant l'induration du chancre induré, ce qui expose à des erreurs de diagnostic.

Chez la femme, il affecte fort souvent l'entrée du vagin vers la fourchette : il y est assez étendu, irrégulier de contours ; il se développe parfois sur le clitoris, à l'entrée de l'urèthre, sur la face interne des petites lèvres, enfin sur les grandes lèvres. Il y est fréquemment multiple, et y revêt alors une forme arrondie, lenticulaire, minuscule ; ce sont de petites ulcérations à bords taillés à pic, relativement assez profondes, grisâtres, auxquelles on donne couramment le nom de *folliculites chancreuses*.

Le chancre simple du col utérin est relativement assez commun : il s'y caractérise par des érosions irrégulières, sanieuses, dont on méconnaît presque toujours la nature.

En France, le chancre simple de l'anus est pour ainsi dire l'apanage de la femme ; il est réellement fréquent chez elle. Il est presque toujours consécutif à un chancre simple de la vulve, et est la conséquence d'une inoculation secondaire d'érosions périanales. Cependant dans quelques cas rares il provient d'un coït anormal. Il affecte souvent en cette région la forme de chancre en feuillet : il est situé au fond d'un repli de la marge de l'anus dont les bords se tuméfient considérablement et s'accolent, de telle sorte qu'il faut les écarter comme les feuillets d'un livre pour voir dans leur intérieur une ulcération chancreuse, grisâtre, sanieuse, presque toujours relativement considérable. Il peut être multiple, et s'accompagner d'une rectite des plus douloureuses, avec ténesme rectal, crises au moment de la défécation, etc...

Anatomie pathologique. — « Le chancre mou naissant est constitué par une traînée de globules de pus qui traverse verticalement le derme et aboutit sous

l'épiderme qu'elle soulève dans son entier sans l'altérer essentiellement... Le canal purulent est rempli de strepto-bacilles spécifiques lesquels attirent les leucocytes autour d'eux. A distance, l'épiderme infiltré de cellules migratrices prolifère : les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés; et il se forme un nodule composé de cellules plasmatiques, un plasmome, qui descend jusqu'à l'hypoderme et accompagne les vaisseaux... Ultérieurement l'épiderme se détache et il en résulte une ulcération à bords taillés à pic. Au fond de celle-ci on trouve sur les coupes colorées un détritus granuleux très pauvre en bacilles, puis une couche claire où ils sont au contraire nombreux et apparents, quelquefois une couche foncée riche en noyaux, et enfin le plasmome. Sur la surface libre de l'ulcération existe toujours à la période d'état une couche de leucocytes appelés par les bacilles et qui

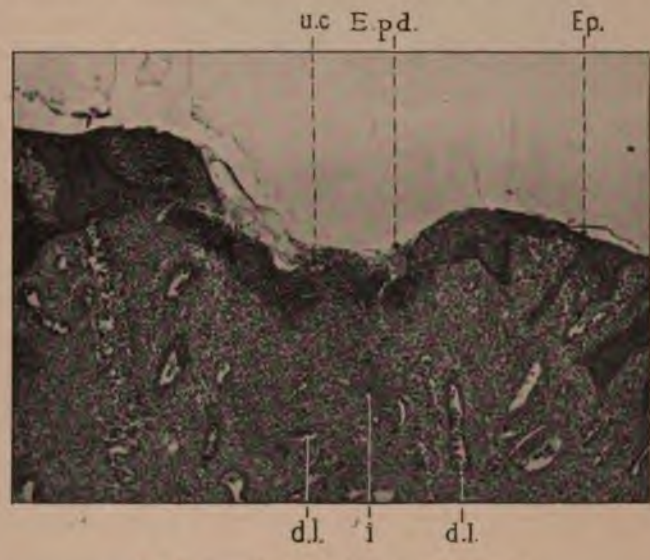


Fig. 121. — Chancre simple (très récent).

Ep, épiderme au voisinage de l'ulcération : il a perdu ses couches superficielles ; ses papilles sont considérablement infiltrées et allongées. — *Ep. d*, point où l'épiderme est détruit. — *u.c*, ulcération constituant le chancre simple. — *i*, zone d'infiltration dense. — *d.l*, lymphatiques dilatés.

s'opposent probablement à leur envahissement, mais sans les englober dans leur protoplasma. Le fond est profondément raviné par des crevasses à direction radiaire remplies de détritus et longées par des chaînettes de bacilles, lesquels provoquent la nécrose, et, surtout quand ils sont morts, un appel de leucocytes. » (Unna résumé par Darier.)

Complications. — L'ulcération du chancre simple peut se compliquer de *gangrène* ou de *phagédénisme*.

La *gangrène* est heureusement fort rare, au moins chez la femme. Chez l'homme elle peut survenir avec une rapidité quasi foudroyante au prépuce, à la verge et au scrotum, grâce sans doute à une infection surajoutée (voir gangrène).

Le *phagédénisme* est relativement assez fréquent dans le chancre simple ; il peut se développer au niveau de l'ulcération chancreuse elle-même ou au niveau d'un bubon. Il est essentiellement caractérisé par ce fait que l'ulcération s'étend rapidement en surface, un peu en profondeur, en décollant les bords qui sont rouges, tuméfiés, infiltrés, comme nécrosés : il semble qu'il s'agisse d'une sorte de gangrène

moléculaire dévorante. Il ne faut donc pas considérer comme étant phagédénique un chancre simple qui gagne en surface : il faut que l'envahissement des parties voisines se produise avec une rapidité toute spéciale, malgré l'application stricte de pansements convenables, et qu'il revête un caractère réel de malignité.

Le chancre simple phagédénique peut être immense, et avoir plusieurs centimètres de diamètre ; il parcourt dans certains cas en quelques semaines, ou en quelques mois, de vastes étendues des téguments. Il se répare parfois en certains points, tandis qu'il gagne en d'autres : il est dit alors serpigineux. On l'a vu déchiqueter le gland, dévorer le prépuce, le méat, les grandes et les petites lèvres, gagner en profondeur, perforer la fémorale, etc...

Ses bords sont très tuméfiés, infiltrés, décollés, séparés des tissus sous-jacents par un sillon plus ou moins profond, au niveau duquel existent des clapiers, des abcès, des fusées séro-purulentes. Le fond est irrégulier, inégal, couvert d'un enduit grisâtre pultacé : il baigne dans le pus.

Le chancre simple phagédénique est auto-inoculable, mais il ne reproduit pas fatalement un autre chancre phagédénique.

Le phagédénisme se développe rarement dès le début du chancre : presque toujours il n'apparaît qu'au bout de plusieurs jours.

On n'en connaît pas la cause : on a incriminé surtout l'état général : nous pensons au contraire qu'il doit être rattaché à une association microbienne : ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que nous avons vu plusieurs fois dans une salle deux ou trois malades atteintes simultanément de phagédénisme, tandis que nous sommes restés dans l'intervalle de ces petites épidémies des années sans en observer.

On a signalé comme complications ultérieures du chancre simple les *cicatrices vicieuses*. On a décrit en effet des rétrécissements cicatriciels du méat et de la partie antérieure de l'urèthre consécutifs à des chancres simples de ces régions. On a même attribué certains rétrécissements du rectum à des chancres simples de l'anus : mais cette pathogénie nous semble fort douteuse.

Le *phimosis* complique assez fréquemment le chancre simple du prépuce et de la rainure glando-préputiale : le prépuce s'œdématie considérablement, rougit, prend l'aspect dit de battant de cloche ; son ouverture se rétrécit par suite de la tuméfaction de l'organe : il s'en écoule un suintement séro-purulent ou séro-sanguinolent. Il est dans ce cas assez difficile de poser un diagnostic précis, à moins qu'il ne se développe sur les lèvres mêmes de l'orifice de petits chancres simples fissuraires.

La *lymphangite diffuse* des parties voisines du chancre simple, prépuce, verge, petites et grandes lèvres, est relativement fréquente. Les *lymphangites tronculaires* sont beaucoup plus rares : on les observe surtout à la face dorsale de la verge : on a décrit sur leur trajet de petits abcès à contenu séro-purulent.

Adénopathie chancreuse.

Étiologie. Pathogénie. — *Le bubon* est la complication de beaucoup la plus fréquente du chancre simple. Il ne faut pas croire que tout chancre simple s'accompagne d'adénopathie : il est au contraire fort possible qu'il évolue sans tuméfaction ganglionnaire. Mais, quand on la cherche, on la trouve fort souvent. Elle peut se résorber et se terminer par une résolution totale plus ou moins rapide. On a prétendu qu'elle arrivait à la suppuration dans un quart des cas : cette proportion nous paraît un peu élevée.

Il n'est pas nécessaire pour qu'il y ait adénopathie que l'accident initial soit étendu ou irrité : cependant les chancres qui sont le plus traumatisés ou le plus infectés comme ceux du filet, de la fourchette, de l'anus y exposent plus que les autres. L'adénopathie se développe à une période quelconque du chancre : il n'est pas rare de la voir survenir après la cicatrisation de l'ulcération primitive.

Elle semble être plus fréquente dans la basse classe, et être favorisée par la fatigue, le surmenage, la marche, les travaux manuels pénibles.

Ce sont les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la région où existait le chancre simple qui sont d'ordinaire envahis. Les ganglions superficiels sont seuls atteints : il est fort rare que les ganglions profonds se tuméfient.

Fig. 122. — Adénites chancrelleuses du pli inguinal droit.

On croyait autrefois que le bubon du chancre simple était d'emblée spécifique, c'est-à-dire provoqué par le même virus que le chancre simple lui-même. Strauss vint compliquer la question en émettant l'idée que le pus du bubon, avant son ouverture au dehors, n'était pas inoculable. On crut alors que le bubon du chancre simple était primitivement fort souvent, sinon toujours, de nature purement inflammatoire, et qu'il ne se chancrellisait qu'après son ouverture grâce à l'infection directe de la plaie par le pus du chancre simple. Krefting et Audry ont démontré que le pus du bubon contient d'emblée, avant son ouverture, le bacille de Ducrey. Audry a même prouvé que le bacille de Ducrey peut exister dans les ganglions avant qu'il y ait la moindre trace d'abcès. Le bubon du chancre simple dépend donc de l'infection des ganglions par le strepto-bacille.

Anatomie pathologique. — La polyadénite est la règle. Audry estime qu'il y a toujours de huit à dix ganglions pris. Leur volume est fort inégal : souvent il y en a une série de tout petits autour d'un ou deux volumineux, ce qui donne à un observateur superficiel l'impression d'une monoadénite. Ils sont rouges, arrondis, assez faciles à énucléer au début, puis ils s'entourent d'une périadénite : le tissu conjonctif dans lequel ils baignent perd sa souplesse, devient adhérent, parfois suppure le premier, en formant un petit abcès péri-ganglionnaire. Les ganglions eux-mêmes finissent par suppurer au nombre de un à trois et davantage. Ils adhèrent progressivement à la peau, la perforent et s'ouvrent à l'extérieur. La région peut être parcourue par des cordons blancs canaliculés qui sont des lymphatiques hypertrophiés.

Symptômes. — Le début de l'adénopathie du chancre simple est d'ordinaire signalé par une douleur d'abord sourde, puis de plus en plus forte vers le pli de l'aine : au toucher on sent au niveau de la région sensible un ganglion plus ou moins volumineux. Parfois après quelques jours, spontanément ou sous l'influence du repos, on voit les ganglions diminuer de volume, la douleur s'atténue et tout rentre dans l'ordre. Parfois au contraire les symptômes continuent à s'accentuer. Peu à peu la douleur et la tuméfaction augmentent. Puis la peau elle-même rougit ; elle devient adhérente, œdémateuse, lymphangitique d'aspect. Enfin paraît la fluc-

tuation, profonde d'abord et difficile à percevoir, puis assez rapidement incontestable. Si on le laisse à lui-même, l'abcès use les téguments avec une certaine rapidité et se vide à l'extérieur en laissant une cavité assez profonde, plus ou moins étendue ; il y a parfois des clapiers serpigineux et d'importants décollements.

Dans quelques cas, surtout lorsque l'abcès est petit et limité, la cicatrisation se fait assez vite. Plus souvent le bubon se chancrellise, ses bords se décollent, se détruisent : il se produit des ulcérations secondaires : les plaies s'agrandissent en formant de véritables chancres ganglionnaires profonds, susceptibles de se phagédéniser. Assez fréquemment l'abcès semble se fermer, mais il persiste une petite fistule, et, quand on l'explore, on trouve des décollements étendus qui rayonnent en plusieurs sens et qui rendent nécessaire une intervention chirurgicale.

Chancre mixte. — Le *chancre mixte*, que Rollet a le premier mis en lumière, résulte de l'inoculation au même point des téguments du strepto-bacille du chancre simple et du treponema syphilitique. La lésion se conduit d'abord comme un chancre simple ; mais, du douzième ou vingtième jour de son existence, elle change peu à peu d'aspect : au lieu d'évoluer franchement vers la guérison, sa base s'indure, des adénopathies indolentes multiples se développent ; le fond devient moins profond, moins irrégulier, moins suintant : bref elle perd peu à peu ses caractères de chancre simple pour prendre en partie ceux de l'accident initial de la syphilis.

Parfois le chancre mixte garde longtemps ses caractères de virulence en tant que chancre simple ; le diagnostic se fait alors surtout par l'induration progressive des bords et de la base.

Le chancre mixte peut être phagédénique.

Diagnostic. — Dans la majorité des cas, on reconnaît d'emblée le chancre simple par la seule inspection de ses caractères objectifs : bords irréguliers, taillés à pic, fond sanieux, suppuration abondante, absence d'induration de la base, développement rapide après le coït suspect. Parfois cependant le diagnostic ne s'impose pas d'une manière évidente, comme dans le cas de chancre mixte par exemple. Il faut alors recourir à l'examen bactériologique du pus ou du fond de la plaie pour y rechercher s'il y a oui ou non le strepto-bacille. Si l'on ne peut se livrer à cet examen, on fait une inoculation sur la face externe de la cuisse du malade avec le pus de l'ulcération. On recouvre le point inoculé d'un disque de verre (verre de montre) et on le surveille. Si au bout de trois jours l'inoculation est négative, c'est qu'il ne s'agit pas d'un chancre simple en activité ; si elle est positive, il faut immédiatement soigner l'inoculation pour prévenir des accidents parfois fort ennuyeux.

Le chancre simple diffère du *chancre syphilitique* par l'absence d'induration de la base, par ses bords taillés à pic, par la profondeur de l'ulcération, par l'abondance de la suppuration.

Il diffère de l'*herpès* par sa forme irrégulière et non polycyclique, par le caractère de la suppuration qui est vraiment purulente dans le chancre simple, par l'absence du signe de l'expression du suc de Leloir, par son auto-inoculabilité.

Traitement. — Avant tout il faut recommander aux malades une excessive propreté. Ils devront faire des lavages fréquents, des savonnages avec de l'eau bouillie chaude, ou de l'eau boriquée chaude. Toute la prophylaxie du chancre simple consiste en effet en : 1° s'enduire d'un corps gras avant le coït, 2° uriner et se savonner soigneusement après le coït.

Quand le chancre simple s'est déclaré, la propreté est encore indispensable pour prévenir les auto-inoculations.

On peut exciser le chancre simple avec des ciseaux courbes ou avec le bistouri : Unna recommande de le congeler, puis il l'enlève avec un rasoir : ce procédé n'est applicable que pour des chancres simples minuscules, au début, situés au prépuce, aux petites lèvres.

On peut le racler avec la curette tranchante, puis cautériser la plaie avec le thermocautère (Carle, *Semaine médicale*, 31 août 1904) ; ce procédé est applicable aux chancres étendus, ou mal placés.

La chaleur détruit la virulence du chancre simple. On a donc préconisé les irrigations d'eau chaude entre 42 et 45°, les applications de cataplasmes fort chauds, l'exposition du chancre au rayonnement de la lame du couteau du thermocautère portée au rouge, tenue à la distance de 1 centimètre de la plaie jusqu'à ce que le fond se dessèche et que les bords blanchissent légèrement (Audry) : il faut répéter cette petite opération tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à ce que la plaie perde sa virulence.

On a proposé de détruire directement le chancre simple, soit par le fer rouge, mais c'est fort douloureux, et la destruction doit être très large pour ne pas laisser échapper la moindre fusée microbienne, sinon il se produit une réinoculation de toute la plaie et on n'obtient qu'une aggravation, soit par les caustiques chimiques : pâte de canquoin, acide nitrique, caustique sulfo-carbonique de Ricord, chlorure de zinc, etc...

Voici ce que nous préconisons d'ordinaire comme traitement pratique et usuel du chancre simple :

Dans les cas non compliqués. — 1° Avant tout, ne pas irriter la plaie ; décoller les pansements quand ils sont adhérents par des bains locaux d'eau boriquée aussi chaude qu'il est possible de la supporter ; protéger la plaie de tout contact irritant, de l'urine en particulier, et de tout traumatisme.

2° Lotionner matin et soir la plaie avec de l'eau phéniquée chaude au 1/100 et de l'ouate hydrophile, y passer du vin aromatique.

3° Toucher délicatement une fois par jour la plaie avec un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent au 1/20, jusqu'à ce qu'elle ait pris l'aspect d'une plaie ordinaire.

4° Bourrer la plaie après les lavages du matin et du soir avec de la poudre d'iodoforme, puis recouvrir d'un peu de gaze iodoformée et d'un tampon d'ouate hydrophile salicylée.

Ce n'est que si le pansement à l'iodoforme est réellement impossible (odeur, irritation artificielle) que l'on emploiera un de ses succédanés, iodol, dermatol, aristol, ectogan, etc., *mais rien ne remplace l'iodoforme dans le traitement du chancre simple.*

5° Si le chancre continue à croître ou n'a pas de tendance à la cicatrisation, il faut deux ou trois jours de suite toucher soigneusement la plaie dans toutes ses anfractuosités avec un pinceau trempé dans une solution au 1/10 d'acide phénique dans de l'alcool à 90° (Du Castel), tout en continuant les pansements précédents, ou bien appliquer de l'ouate hydrophile imbibée d'une solution de 3 grammes de tartrate ferrico-potassique pour 20 grammes d'eau distillée (Ricord), jusqu'à ce que la plaie ait perdu son aspect virulent ; après quoi on fait des pansements simples.

Lorsque le chancre a des tendances au phagédénisme. — Il est nécessaire d'arrê-

ter l'extension du mal ; pour cela, après avoir fait une tentative par les cautérisations avec le chlorure de zinc ou avec la solution alcoolique d'acide phénique au 1/10, ou avec des badigeons répétés de solution de bleu de métylène au 1/25, et les pansements à la poudre d'iodoforme, si, au bout de quarante-huit heures la marche extensive du mal n'est pas arrêtée, ne pas hésiter à cautériser largement les bords et toutes les anfractuosités avec le fer rouge, électrocautère ou thermocautère; puis panser avec l'iodoforme.

Il est utile, quand il s'agit d'un chancre simple phagédénique, de s'occuper de l'état général du malade et de le tonifier par une bonne hygiène, par une alimentation réparatrice, par des préparations de quinquina ou de phosphates.

On traitera le phimosis par le repos, l'immobilisation de la verge dans la situation verticale, les injections sous-préputiales fréquentes avec de l'eau chaude. S'il se produit des phénomènes inflammatoires très violents, on pratique une incision dorsale pour découvrir le gland et pour pouvoir panser directement les ulcères, puis quand les accidents ont disparu, on complète la circoncision.

Pour le traitement des adénopathies, nous renvoyons aux traités de chirurgie.

6° BACILLE DIPHTHÉRIQUE

« La diphthérie peut se développer sur la peau, mais à la condition qu'elle soit dépouillée de son épithélium (plaies, vésicatoires, eczéma, intertrigo, impétigo, etc.) Sur la partie dénudée, apparaît une pellicule grisâtre, généralement mince, rarement épaisse et à couches stratifiées; le développement de cet exsudat s'accompagne d'un suintement de sérosité louche, sanguinolente, parfois fétide. » (A.-B. Marfan, *Leçons cliniques sur la diphtérie*, 1905, p. 504.)

V. Hass et Louis Revol ont décrit un *Panaris diphthérique* (*Journal Lucas-Championière*, 25 oct. 1903, p. 780).

Raoul Labbé et Demarque ont décrit l'*Impétigo* et l'*Eczéma à bacilles diphtériques* (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1904). L'aspect est tout à fait celui de l'ecthyma vulgaire.

On sait combien sont complexes les éruptions que l'on peut observer chez des sujets atteints de diphtérie. Fothergill, Huxham, les ont pour la première fois mentionnées en 1749.

En 1785 Borsieri les a décrites; en 1858 Germain Sée les a minutieusement étudiées.

On a surtout signalé chez eux des *érythèmes scarlatiniformes, morbilliformes* ou *polymorphes* plus ou moins généralisés.

On a beaucoup discuté pour savoir si la plupart de ces érythèmes scarlatiniformes n'étaient pas en réalité des scarlatines vraies modifiées par la coexistence de la diphtérie.

La sérumthérapie est venue compliquer encore cette question : dans ces derniers temps on (Marfan) a de la tendance à attribuer au sérum : 1° l'*urticaire* que l'on observe si souvent chez les diphtériques injectés; 2° *des érythèmes localisés* souvent autour de l'injection, *maculeux, ou punctiformes*, ou en *plaques diffuses*, érythèmes fugaces, et apyrétiques; 3° *l'érythème marginé aberrant* que l'on a faussement décrit sous le nom d'érythème polymorphe : il est circiné, marginé, gyraté; cependant on ne peut d'après Marfan le rattacher aux accidents causés par le sérum avec une absolue certitude. *Le purpura* (érythème purpurique de quelques auteurs) peut venir compliquer ces éruptions.

Enfin Unna a décrit un *érythème papulo-pustuleux* qui serait fort rare, et Schutze un *érythème noueux*.

Marfan et Le Play ont fait sur la pathogénie des accidents cutanés dus à la sérothérapie une communication des plus intéressantes à la Société médicale des hôpitaux le 24 mars 1905. En voici un court résumé.

« Lorsqu'on inocule à un animal le sérum d'un animal d'une autre espèce, il se produit souvent, dans le sang de l'injecté, des anticorps qui ont la propriété de précipiter le sérum de l'animal qui a servi à l'injection ; on les appelle des « *précipitines*. » Ces substances sont spécifiques, en ce sens qu'elles ne donnent de précipité qu'avec le sérum de l'espèce qui a fourni le sérum injecté, et qu'elles n'en donnent pas avec le sérum d'autres espèces (Tschistowitch).

« Hamburger et Moro ont appliqué ces données à la pathogénie des accidents sérothérapiques. D'après ces auteurs, lorsque ces accidents se produisent, c'est parce qu'il s'est formé, dans le sang de l'injecté, des substances capables de précipiter le sérum de cheval, que la précipitation peut se faire dans les capillaires, qu'il en résulte des thromboses capillaires qui troublent la circulation cutanée et déterminent des éruptions.

« Les recherches de Marfan et Le Play faites dans ce sens les ont conduits aux conclusions suivantes :

« 1° Dans les cas où l'injection de sérum antidiphtérique n'est suivie d'aucun accident imputable à la médication, le mélange aseptique du sérum du malade et de sérum de cheval, placé à l'étuve à 37° pendant quelques heures, ne donne aucune précipitation.

« 2° Dans les cas où l'injection de sérum antidiphtérique est suivie d'accidents que la clinique tend à rejeter hors du cadre des accidents sériques, c'est-à-dire d'érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes généralisés fébriles, on ne peut constater de séro-précipitation.

« 3° Lorsque l'injection de sérum antidiphtérique est suivie d'accidents qui sont indubitablement la conséquence de cette injection, c'est-à-dire d'urticaire, d'érythèmes partiels, de phénomènes douloureux (arthralgies, myalgies) deux cas doivent être distingués :

« *a*) Dans le cas d'accidents légers, fugaces, apyrétiques, on n'observe pas de séro-précipitation.

« *b*) Dans le cas d'accidents intenses généralisés, fébriles, on constate la séro-précipitation ; celle-ci n'est appréciable qu'à partir du moment où se montrent les accidents, parfois le premier jour, plus souvent le second ou le troisième jour après leur début. Elle persiste plusieurs jours.

« Il est permis de supposer que dans les cas du groupe *a*, la réaction n'est pas appréciable à nos sens parce qu'elle est trop faible. Si on accepte cette supposition, on pourra admettre qu'il y a une relation entre les accidents sériques et les phénomènes de séro-précipitation. »

7° FIÈVRE TYPHOIDE

Bacille d'Eberth. — C'est Forget qui en 1843 semble avoir le premier signalé *l'érythème scarlatiniforme* dans la fièvre typhoïde. Depuis lors les observations se sont multipliées.

On a décrit :

Les *taches rosées lenticulaires* qui sont un des symptômes majeurs de l'affection.

Un *érythème précoce bénin* qui est surtout *rubéolique*, quelquefois *scarlatiniforme*, qui dure quatre à cinq jours, et qui peut être suivi d'une desquamation plus ou moins furfuracée.

Un *érythème grave* de la période d'état qui peut être *morbilliforme, polymorphe* (papulo-tuberculeux, papulo-bulleux ou pustuleux), plus rarement *scarlatinoïde*. Il dure de cinq à six jours et s'accompagne d'ordinaire de symptômes graves. Il se complique presque toujours d'éruptions aphtheuses de la bouche et de la gorge.

Un *érythème tardif* de la période de défervescence ou de convalescence, pouvant avoir l'aspect de l'*érythème scarlatiniforme desquamatif* avec chute des poils et des ongles : il est parfois *rubéolique*.

Il faut se défier des éruptions médicamenteuses dans toutes ces éruptions érythémateuses des grandes pyrexies. La lecture approfondie des cas nous a prouvé que les auteurs ne se sont jamais assez préoccupés de cette question pourtant capitale.

MALADIE PYOCYANIQUE

On a publié des faits qui semblent démontrer que le bacille pyocyanique si bien étudié par Charrin au point de vue expérimental peut évoluer chez l'homme et provoquer chez lui d'importantes éruptions.

Le bacille pyocyanique, découvert par Gessard en 1882, est un petit bâtonnet mince, à extrémités arrondies, mobile et de dimensions variables : sa longueur moyenne est de 1,5 μ, sa largeur de 0,5 à 0,6 μ. Il est pathogène pour certaines espèces animales.

E. Ehlers l'a trouvé dans deux cas d'ecthyma térébrant (voir ce mot) des enfants : il y avait en même temps des symptômes généraux rappelant ceux de la fièvre typhoïde ou de la méningite cérébro-spinale. L'éruption commença par de petites taches érythémateuses qui se transformèrent rapidement en pustules d'ecthyma : elles se rompirent, laissèrent une petite ulcération présentant un centre avec nécrose, puis une zone hémorragique bleue, enfin une zone externe inflammatoire rouge. Hitschmann et Kreibich (*Archiv. fur dermat.*, 1899, t. 4, p. 82) ont soutenu que le bacille pyocyanique est bien réellement l'agent pathogène de l'ecthyma gangréneux des enfants.

Œttinger a observé de son côté chez un jeune homme atteint depuis dix-huit jours d'une affection ressemblant à une fièvre typhoïde bénigne et régulière, une sorte de rechute accompagnée d'une éruption de bulles de dimensions variables occupant le scrotum, le pubis, le pli inguino-crural, etc.; ces bulles fort douloureuses, hémorragiques, se rompirent, et laissèrent des ulcérations diphthéroïdes d'aspect, gangréneuses, qui se cicatrisèrent avec la plus grande lenteur et qui renfermaient le bacille pyocyanique.

Dans un autre fait dû à Neumann l'infection pyocyanique se serait produite chez un enfant de seize jours qui mourut, et se serait traduite du côté de la peau par des pétéchies.

B. — L'EXISTENCE D'UN BACILLE COMME AGENT PATHOGÈNE EST ENCORE CONTESTÉE

1° GANGRÈNES CUTANÉES PAR INFECTIONS MICROBIENNES[1]

Nous avons vu à l'article *gangrène* des tableaux d'ensemble que, d'après Veillon et Hallé, il existe des gangrènes vraies de la peau avec putréfaction dans lesquelles on trouve des microbes pathogènes qui peuvent varier suivant les cas, mais qui sont toujours des anaérobies.

Nous avons provisoirement rangé dans ce groupe les trois types morbides suivants :

a) *Les gangrènes muliples disséminées de la peau chez les enfants;*

b) *Les gangrènes cutanées infectieuses des adultes*;

c) *Les gangrènes foudroyantes des organes génitaux.*

A. GANGRÈNES MULTIPLES DISSÉMINÉES DE LA PEAU CHEZ LES ENFANTS.

Symptômes. — On a décrit sous les noms de *gangrènes multiples cachectiques de la peau* (O. Simon et Eichhof), de *dermatitis gangrœnosa infantum* (R. Crocker), de *varicella gangrœnosa* (Hutchinson), de *pemphigus gangrœnosus* (W. Stokes), de *rupia escharotica* (Fagge), d'*ecthyma infantile gangréneux* (Pineau) (voir *Ecthyma*), des affections gangréneuses qui ne nous paraissent pas bien définies, et qui surviennent chez les tout jeunes enfants, soit en quelque sorte spontanément, soit à la suite de la varicelle, de la vaccine, de la rougeole, de l'érythème noueux, du purpura, etc. (voir pour de plus amples détails : Gallois, *Bulletin médical*, p. 1111, 1889, et surtout les travaux récents de Veillon et Hallé : *Annales de Dermat.*, 1901. p. 401).

Dans un premier type clinique, il existe une lésion ulcéreuse antérieure de la peau sur laquelle la gangrène vient se greffer. Dans un deuxième type, il n'y a pas d'ulcération préexistante : la gangrène se montre après une manifestation cutanée non ulcéreuse dont elle suit pour ainsi dire immédiatement l'apparition, de telle sorte qu'elle paraît constituer un élément essentiel, et non surajouté, de la maladie (Gallois).

Dans la majorité des cas, on voit apparaître d'abord une phlyctène rosée parfois hémorragique, qui se rompt bientôt, et qui laisse à nu un derme noirâtre sphacélé, autour duquel il se fait une zone inflammatoire d'élimination. Peu à peu, la suppuration détache l'escarre, et il reste une ulcération plus ou moins profonde, arrondie ou ovalaire, rarement irrégulière. Les lésions sont presque toujours multiples, parfois très nombreuses, çà et là disséminées sur les téguments, surtout sur les fesses et les cuisses.

Les vaisseaux voisins présentent des thromboses qui sont consécutives au processus gangréneux ou qui en ont été la cause.

Dans le voisinage des lésions, on peut observer de l'œdème permanent ou fugace. Parfois, les malades éprouvent des douleurs violentes vers les articulations : ils

[1] Il est plus que probable que les microbes pathogènes des diverses gangrènes ne sont pas toujours les mêmes, et qu'il faudra plus tard dissocier ce groupe morbide qui est tout à fait artificiel.

ont assez souvent des symptômes généraux graves, fièvre, diarrhée, vomissements, complications cardiaques et pulmonaires, albuminurie, diabète, etc... Ils peuvent succomber. Quand ils résistent, les ulcérations se cicatrisent avec rapidité.

R. Crocker croit que l'*ecthyma térébrant* des auteurs français (voir ce mot), que la *dermatite vacciniforme infantile* d'Hallopeau, et que l'*herpès vacciniforme* de Fournier, rentrent dans ce type morbide.

Voici pour notre part ce que nous avons observé chez des enfants en bas âge : il se produit d'abord une éruption semblable à celle de la varicelle, de petits soulèvements bulleux de l'épiderme avec aréole rouge périphérique, et par place des sortes d'éléments avortés caractérisés par de petites papules, des papulo-vésicules ou de petites taches érythémateuses. L'éruption s'accompagne d'une réaction fébrile modérée. Il se produit pendant plusieurs jours des poussées successives. Puis, plus ou moins promptement suivant les cas, on voit certains éléments éruptifs, rarement tous, changer de caractère : il se forme à leur centre une croûtelle noirâtre déprimée, entourée d'une sorte de bourrelet jaunâtre ressemblant un peu au liséré d'extension de l'ecthyma; la base de la lésion s'indure, la périphérie prend une teinte rouge vif inflammatoire. La croûte s'étend peu à peu, et, au-dessous de cette croûte, il se fait une ulcération qui gagne de plus en plus en profondeur en même temps qu'en surface; en somme il se produit une véritable nécrose des téguments. Ce processus peut s'observer en un point quelconque du corps, mais il est surtout fréquent vers le bassin, le haut des cuisses, les parties génitales. Parfois, les ulcérations deviennent confluentes et forment de vastes surfaces ulcérées, profondément découpées à pic. Cette maladie dure d'ordinaire plusieurs semaines, et, quoique grave, se termine presque toujours par la guérison. Elle nous semble mériter le nom de varicelle gangréneuse ; peut-être est-ce bien réellement une varicelle compliquée par l'inoculation d'un microbe d'où dépend le processus escharotique et ulcéreux (voir *Maladie pyocyanique*).

Etiologie, pathogénie. — Cette affection serait épidémique et contagieuse. Veillon et Hallé pensent qu'elle est causée par un agent pathogène spécial : « C'est un bacille ayant à peu près la taille et l'aspect des formes longues du bacille de la diphtérie. Il se colore facilement par les couleurs d'aniline, et reste coloré par la méthode de Gram. Les cultures faites en milieu aéré ne montrent aucun développement des colonies malgré l'abondance des ensemencements. Les cultures faites en milieu privé d'air montrent après trois jours un développement considérable de colonies ayant toutes le même aspect et renfermant un organisme dont voici la description.

« Cet organisme, moins long que le bacille de la tuberculose, ayant à peu près les dimensions des formes longues du bacille de la diphtérie, a en culture à peu près le même aspect que dans le pus : mais quelques éléments prennent des formes irrégulières; ils sont droits ou plus souvent incurvés. Ils sont souvent unis deux par deux en forme de V; d'autres, isolés, forment des pseudo-filaments. Certains bâtonnets sont ramifiés; on voit aussi un bacille assez long se diviser à une de ses extrémités en deux petites branches comme un Y ; quelques-uns portent ainsi plusieurs ramifications... Tous ces caractères permettent d'identifier ce bacille au *bacillus ramosus*. » (Veillon et Hallé : *Annales de Dermat.*, 1901, p. 407-408. Se reporter à ce travail pour plus de détails.)

Auché n'a jamais pu retrouver cet agent morbide; il n'a pu isoler dans des cas analogues que le staphylocoque doré qui existait seul dans les vésico-pustules et dans les pustules non rompues, dans les abcès cutanés ou sous-cutanés, et qui dans

les lésions gangréneuses était toujours associé à d'autres agents microbiens (coli-bacille, bacille diphtérique, streptocoque). Cette affection ne serait donc pour cet auteur nullement spécifique comme le croit Veillon, mais un simple complexus clinique produit par le développement de microbes ou d'associations microbiennes de nature variable sur un organisme prédisposé. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 26 juin 1904.)

La débilitation du sujet nous paraît devoir être parfois un facteur étiologique important.

Traitement. — Il faut avant tout tonifier les malades, leur donner de la quinine. On les mettra à l'abri de l'infection lorsqu'ils seront atteints d'une affection telle que la rougeole, la varicelle, la variole, etc..., qui prédispose à ces complications gangréneuses. On nettoiera leurs plaies avec le plus grand soin : on les désinfectera avec de l'eau oxygénée ou de l'eau d'Alibour diluées; on les touchera avec une solution de bleu de méthylène, ou de tartrate ferrico-potassique, et on les saupoudrera d'iodoforme, d'aristol, de sous-carbonate de fer, etc.

On traitera d'après les mêmes principes, la gangrène et les ulcérations gangréneuses lorsqu'elles se seront produites (voir, pour plus de détails, les articles *Ecthyma* et *Ulcère phagédénique des pays chauds*).

B. Gangrènes cutanées infectieuses des adultes. — On observe chez certains sujets presque toujours un peu affaiblis au point de vue physique et moral des accidents gangréneux d'allures phagédéniques qui débutent soit primitivement sur la peau saine, soit secondairement sur une lésion préexistante de syphilis secondaire ou tertiaire, d'impétigo, etc... Carle a insisté tout particulièrement sur ces faits dans un travail récent (Des gangrènes multiples et primitives de la peau ; *Annales de dermat.*, p. 865, 1902) ; il admet que les accidents peuvent survenir en parfaite santé, brusquement, sans phénomènes prémonitoires [1].

Quand ils se développent primitivement, ils revêtent d'abord l'aspect de macules rouges, de plaques de purpura, d'urticaire, de papules, de vésico-pustules d'impétigo au-dessous desquelles les téguments s'escarrifient ; puis l'extension de la partie grangrenée se produit rapidement par la périphérie, sous la forme d'ulcérations sanieuses, anfractueuses, qui décollent le derme de l'hypoderme. Dans son ensemble la lésion rappelle assez bien un chancre simple phagédénique gangréneux. L'évolution se fait suivant le mode classique, élimination de l'escarre, cicatrisation plus ou moins lente de la plaie avec production de cicatrices atrophiques parfois chéloïdiennes. Dans quelques cas, de nouveaux processus gangréneux se produisent excentriquement avec un bourrelet d'infiltration périphérique, et les lésions peuvent ainsi, par poussées successives, atteindre de vastes étendues.

L'état général est parfois sérieux : la température arrive alors à 40° et 41°. Il y a souvent des adénites, lesquelles peuvent même suppurer.

L'agent infectieux semble être parfois un streptocoque d'une extrême virulence ; mais il y a des cas nombreux (en particulier un de nos cas personnels) où il a été absolument impossible de découvrir le moindre microbe pathogène.

Le traitement doit consister en lotions soigneuses et fréquentes à l'eau oxygénée ou au permanganate de potasse au millième, en applications chaudes, en attouchements avec des solutions de chlorure de zinc au 10° ou au bleu de méthylène

[1] Voir les mémoires de Doutrelepont, de Cassirer (1901), de Karl Zieler (1905), (*Deutschen Zeitschrift für nervenheilkunde* ; *Band*, XXVIII).

au 1/25, en pansements soigneux, pénétrant dans toutes les anfractuosités, avec la poudre d'iodoforme.

C. Gangrène foudroyante des organes génitaux. — Sous le nom de *gangrène foudroyante des organes génitaux*, A. Fournier a fait connaître un type morbide spécial, des plus rares, dont voici la description succincte.

Presque toujours au début il y a à la région génitale un peu de rougeur, une cuisson légère, ou même une petite plaie de la peau ou de la muqueuse avec plaque érythémateuse périphérique simulant une lymphangite au début. Puis, brusquement, le malade est pris de malaise, de frisson, de fièvre, etc... ; la rougeur augmente, l'œdème survient ; le pénis arrive à avoir l'aspect d'un énorme battant de cloche. Rapidement, en vingt-quatre ou trente-six heures, il se forme sur la verge des phlyctènes à contenu roussâtre au-dessous desquelles les téguments se nécrosent : parfois d'emblée sur la rougeur apparaissent des plaques gangréneuses, violacées, insensibles ; d'ordinaire elles siègent vers la face dorsale de la verge, vers la base du prépuce ; elles sont d'un rouge foncé, verdâtres, puis noirâtres, plus rarement grisâtres ou même blanches ; parfois leur teinte est bigarrée. Le scrotum est souvent envahi.

L'inflammation et l'œdème peuvent gagner les cuisses et l'abdomen : les ganglions inguinaux sont tuméfiés.

L'état général est fréquemment grave ; la fièvre atteint 40° ; le malade peut délirer ou être plongé dans la stupeur.

On a signalé comme complications du purpura, l'érysipèle franc ou bronzé, des phlegmons, des escarres de décubitus, de la broncho-pneumonie.

La mort peut survenir en quelques jours : plus souvent au bout d'une semaine la fièvre tombe, l'état général s'améliore, les escarres cessent de s'étendre, se limitent, s'éliminent peu à peu, et la cicatrisation se fait lentement au prix de déformations qui sont parfois de véritables mutilations. A cette période on a signalé des hémorragies assez abondantes.

Cette affection s'observe à tout âge, mais surtout de vingt à vingt-cinq ans.

Il semble que parfois elle soit contagieuse : le plus souvent elle paraît être purement accidentelle, et elle éclate à propos d'une écorchure.

Sabouraud et Pellizzari ont trouvé dans le pus des ulcérations un streptocoque très virulent ; il est donc probable que ce type morbide se rattache aux érysipèles gangréneux.

Le traitement ne présente rien de spécial, il consiste à remplir les indications tirées de l'état général et de l'état local.

2° LA VERRUGA OU MALADIE DE CARRION.

On désigne sous le nom de *verruga péruvienne*, ou encore sous celui de *maladie de Carrion*, étudiant péruvien, qui se fit inoculer cette affection en 1886 et en mourut trente-neuf jours après, une maladie infectieuse caractérisée par des phénomènes généraux graves et par une éruption sur la peau et sur les muqueuses de tumeurs spéciales, saillantes et très vasculaires.

Étiologie. Pathogénie. — La verruga est circonscrite en un canton peu étendu

du versant occidental des Andes péruviennes que l'on appelle Sierra des Verrugas. Toutes les races peuvent être atteintes.

Izquierdo et plus récemment Letulle ont décrit dans les éléments conjonctifs et les vaisseaux un bacille un peu plus grand que celui de la tuberculose : il présente le même aspect morphologique et la même résistance à la décoloration par les acides que le bacille de Koch. Cependant des recherches ultérieures sont nécessaires pour confirmer la réalité de cet agent pathogène. Llorez, Odriozola, Matto, Tamayo, Hercelles et Barton ont tout spécialement étudié ce sujet. Barton croit fermement à la spécificité du bacille qu'il a décrit (voir pour toute la question de l'anatomie pathologique du *verrucome de Carrion* le mémoire de E. Escomel, *Annales de dermat, nov.* 1902, p. 961).

En tous cas on sait que la verruga est inoculable de l'homme à l'homme, et même de l'homme aux animaux et inversement.

Il semble qu'une première atteinte de verruga confère l'immunité.

On admet que l'agent infectieux réside dans la terre humide, sur le bord des rivières. On croit, mais ce n'est pas établi d'une manière irréfutable, que la maladie peut se transmettre par l'eau, par la boisson. Dubreuilh pense que les moustiques doivent l'inoculer comme ils inoculent la fièvre paludéenne.

Symptômes. — On a distingué quatre périodes dans l'évolution de la verruga (voir pour plus de détails les travaux d'Odriozola).

Première période ou d'incubation. — Elle oscille comme durée entre quinze et quarante jours.

Deuxième période ou d'invasion. — Elle peut durer des semaines et même des mois. Elle est caractérisée : 1° par une fièvre d'allures variables, intermittente ou rémittente ; 2° par des douleurs articulaires qui s'accompagnent de myalgies avec recrudescences nocturnes ; 3° par une anémie intense. On constate dès cette période de l'hypertrophie du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques.

Troisième période ou d'état. — Elle est caractérisée par l'apparition d'accidents cutanés, et tout d'abord par une rétrocession des symptômes graves de la deuxième période.

L'éruption verrugueuse est constituée :

1° Par des *verrues miliaires*, sortes de petites saillies obtuses qui siègent dans la couche papillaire du derme ; on en a décrit les variétés suivantes : *variété cornée* portant au sommet de la lésion élémentaire une petite saillie blanche et dure ; *variété sudamineuse* dans laquelle le sommet de l'élément porte une petite vésicule ; *variété vésiculeuse* dans laquelle le soulèvement épidermique par la sérosité prend les dimensions d'une lentille ; *variété pustuleuse* dans laquelle l'éruption commence par des pustules : la verrue miliaire arrivée à son complet développement se présente sous la forme d'une petite tumeur d'un rouge vif, globuleuse, hémisphérique ou polylobée, assez souvent pédiculée et très prurigineuse.

2° Par des *verrues mulaires* qui peuvent atteindre le volume d'une tomate, qui prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la couche profonde du derme, puis qui se développent peu à peu, deviennent apparentes, et forment des saillies plus ou moins considérables, rougeâtres ou violacées, rondes ou ovoïdes, du volume moyen d'une noix. Elles sont multiples, mais beaucoup moins nombreuses que les verrues miliaires.

L'éruption débute d'ordinaire au niveau des membres inférieurs, puis elle s'étend par poussées successives, gagne les membres, la face, plus rarement le tronc.

Quatrième période ou de régression. — Spontanément les lésions cutanées que nous venons de décrire tendent vers la régression au bout d'un laps de temps variable : elles pâlissent, s'affaissent et disparaissent sans laisser de cicatrices : celles qui sont pédiculées peuvent se mortifier et se détacher (voir pour plus de détails, Jeanselme, *Cours de dermatologie exotique*, 1904, p. 183 et suivantes).

Il se fait souvent des hémorrhagies récidivantes et profuses provoquées par le plus léger traumatisme ; elles mettent parfois les jours du malade en danger. Il peut y avoir suppuration et gangrène d'une ou de plusieurs masses verruqueuses.

Les tumeurs hémorragiques peuvent envahir les diverses muqueuses et les viscères.

Il existe une forme aiguë, septicémique, grave d'emblée, pouvant tuer le malade avant l'apparition de l'éruption. Par contre la verruga peut avorter. Tantôt il n'y a qu'une poussée éruptive et la guérison survient : tantôt il y a des poussées successives ; tantôt la maladie s'aggrave progressivement jusqu'à la mort. Elle est parfois réduite à un seul nodule hypodermique de la grosseur d'une orange.

Anatomie pathologique. — Le derme au niveau d'une néoplasie verruqueuse est de structure aréolaire. Il est creusé de toutes parts, à la façon d'une éponge. Ce tissu réticulé possède des travées de premier ordre ordinairement épaisses, et des travées de second ordre plus grêles. Il porte des marques évidentes d'inflammation. Les cellules conjonctives sont en état d'irritation à en juger par leurs noyaux tuméfiés et pâles ; de plus, des macrophages, qui sont pour la plupart des cellules conjonctives mobilisées du chorion, se montrent en nombre considérable ; enfin çà et là sont clairsemés quelques amas peu fournis de leucocytes polynucléaires, un éosinophile ou une mastzellen. Les cavités de cette sorte de tissu caverneux sont les unes des espaces interstitiels distendus par un plasma clair dans lequel nagent de rares cellules libres, les autres des cavités vasculaires tapissées d'un endothélium tuméfié et saillant... La zone superficielle du derme est très œdématiée. L'épiderme est infiltré par un œdème intracellulaire qui creuse au centre de chaque protoplasma une cavité dans laquelle est logé le noyau. » (Jeanselme, *loc. cit.*, p. 190, 191.)

Traitement. — On ne connaît pas de traitement spécifique de la verruga. On se contente de traiter les symptômes : on donne de la quinine contre la fièvre, du salicylate de soude ou de l'aspirine contre les douleurs, du fer et de l'arsenic contre l'anémie, des hémostatiques contre les hémorragies, etc...

3° BOUBAS OU FRAMBOESIA BRASILIANA

Sous le nom de *Boubas*, Breda (de Padoue) a décrit en 1895 une maladie du Brésil dont la lésion initiale serait une bulle ou une pustule qui donnerait lieu à une escarre : celle-ci s'éliminerait en laissant une ulcération à fond grisâtre et bourgeonnant, à bords infiltrés et taillés à pic, indolente et à progression excentrique lente. Cette affection pourrait envahir les muqueuses, les fosses nasales, les conjonctives, la cavité buccale, le pharynx, le larynx, la trachée, etc... Elle serait causée par un bacille spécial que l'on trouve dans les coupes de la peau et des muqueuses et dans toute l'épaisseur des tissus à la surface des ulcères, et que Breda a appelé le bacille du Bouba : il est droit, de 0,8 μ à 2 μ de long sur 0,3 μ de large : il ne prend pas le Gram, mais se colore bien par la fuchsine-acétique de Ziehl et la

thionine phéniquée. Cette affection est aggravée par le traitement antisyphilitique.

Tout récemment (1904) le professeur Baldomero Sommer de Buenos-Ayres a repris la description de cette affection sous le nom de *Buba, Pian, Frambuesia.* (Voir en outre la communication de Baldomero Sommer et Hallopeau à la *Soc. de dermat.*, 9 nov. 1905, et celle de Queyrat et Boisseau sur le même sujet, le 7 décembre 1905 à la même société.) Il est inutile de faire remarquer que le schème qui précède ne peut être exactement superposé ni à celui du Pian véritable, ni à celui de la verruga. Des recherches plus précises sont nécessaires pour décider si on doit considérer les Boubas comme constituant une maladie à part distincte des précédentes.

4° RHINOSCLÉROME

On donne le nom de *rhinosclérome* (depuis les travaux de Hébra et de Kaposi) à une néoplasie des plus rares du nez, des narines et de la lèvre supérieure assez semblable au sarcome et que les recherches de Mikulicz, de Frisch et d'autres auteurs ont démontrée être de nature inflammatoire et parasitaire.

Étiologie. — Le rhinosclérome s'observe surtout dans les provinces orientales de l'Autriche et dans le sud-ouest de la Russie ; il semble attaquer de préférence des individus pauvres quoique vigoureux, entre quatorze et trente ans. La contagion est exceptionnelle, mais possible.

Symptômes. — La maladie se révèle assez souvent, avant tout signe visible, par du nasonnement de la voix, des épistaxis, et un catarrhe nasal plus ou moins fétide. Puis apparaissent presque toujours sur la cloison des plaques circonscrites, épaisses, indurées, chondromateuses, roses ou grisâtres, luisantes, quelquefois d'un rouge cuivre, glabres, indolores, rappelant l'aspect des chéloïdes (Castex, *Pratique Dermat.*). Peu à peu l'extension se fait, et les narines, la cloison et la lèvre supérieure s'infiltrent de plaques surélevées ou de tubercules isolés ou confluents d'une couleur rouge vif ou brunâtre, d'une dureté cartilagineuse, tout en ayant cependant une certaine élasticité.

Ces infiltrats débutent par les couches profondes de la peau et de la muqueuse, puis de là ils se propagent dans les couches superficielles et vers les tissus sous-cutanés, jusqu'au squelette cartilagineux et osseux.

L'épiderme est tendu ; il se forme aux plis naturels des rhagades d'où suinte un liquide qui se concrète en croûtes jaunâtres adhérentes. La pression cause de la douleur. La néoplasie subit parfois un processus de ratatinement avec formation de cicatrices fibreuses ; elle est presque toujours symétrique. Sa marche est fort lente, mais elle se reproduit vite après une tentative d'extirpation. Elle finit par oblitérer les fosses nasales, par envahir la voûte palatine et le voile du palais, le pharynx, le larynx, les arcades dentaires, régions par lesquelles elle peut aussi débuter. Le nez est comme épaté, élargi. Les narines sont obstruées. La lèvre supérieure est gonflée, immobilisée, convertie en une sorte de tumeur rigide. La luette a disparu ; le voile du palais se soude à la paroi postérieure du pharynx.

L'affection devient alors gênante par l'oblitération des fosses nasales ou du larynx, ou bien par les troubles de la déglutition qui résultent de son extension au pharynx. La mort n'arrive parfois que très tardivement, vingt ans et plus après le début. Elle peut survenir par complications pulmonaires, par dyspnée, par épuisement.

Anatomie pathologique. — L'épiderme est d'ordinaire presque intact. Les papilles sont hypertrophiées, très vasculaires, remplies de cellules migratrices. Les glandes cutanées sont peu à peu étouffées par un processus de sclérose. Les vaisseaux ont leurs parois infiltrées, et sont entourés d'une gaine de petites cellules rondes. Les faisceaux conjonctifs semblent être épaissis. Toute la tumeur est infiltrée d'une énorme quantité de petites cellules rondes et de grandes cellules sphéroïdales de 20 μ environ à un ou plusieurs noyaux dans le protoplasma desquelles se trouve le microbe pathogène. Le tissu morbide est donc constitué comme les tumeurs de granulation de Virchow.

Le microbe pathogène, qui est connu sous le nom de *bacille de Frisch* du nom de celui qui l'a le premier cultivé, est constitué par une sorte de bâtonnet court ayant en moyenne 2 μ de long sur 0,5 μ de large, terminé par une extrémité arrondie, quelquefois étranglé en son milieu : il est entouré d'une capsule anhiste ovoïde (Cornil et Alvarez). Il se trouve en grand nombre dans les cellules volumineuses dont nous avons parlé et dont Mibelli et Finch Noyes ont distingué deux variétés : 1° les *cellules œdématiées ou vacuolisées*, et 2° les *cellules colloïdes* qui sont probablement le résultat de la transformation des premières[1] ; mais on le trouve aussi autour de ces cellules dans le derme et dans les vaisseaux lymphatiques Il ressemble beaucoup au bacille de la pneumonie.

On a pu le cultiver sur la gélatine, et l'inoculer aux animaux dans la chambre antérieure de l'œil du cobaye (Parloff et Stépanoff).

Nous devons ajouter que la spécificité de ce microbe en tant qu'agent pathogène du rhinosclérome est très fortement contestée (Jacquet, Cornil et Babès).

Diagnostic. — Le diagnostic du rhinosclérome peut présenter les plus sérieuses difficultés. Les infiltrats syphilitiques, certaines tuberculoses locales, les chéloïdes de la lèvre supérieure peuvent le simuler. Il n'y a dans ces cas douteux qu'à pratiquer une biopsie pour trancher la difficulté.

Traitement. — L'extirpation complète n'a jamais réussi : il se produit toujours de rapides récidives. Il nous semble cependant que, lorsqu'elle est possible, on doit la tenter et faire ensuite de la radiothérapie.

On a essayé de désobstruer les fosses nasales en pratiquant la dilatation, le raclage, des cautérisations au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, à la potasse caustique, au cautère actuel. On a fait suivre les raclages d'attouchements à la teinture d'iode, à l'acide pyrogallique, à l'acide lactique, etc... On n'a obtenu ainsi qu'un soulagement temporaire.

Pellizzari recommande de tenter le traitement antisyphilitique. Cornil et Alvarez auraient vu réussir l'iodure de potassium : le plus souvent cette médication est nuisible. Les injections interstitielles d'arsenic n'ont rien donné. Dans un cas, Simon a eu des améliorations avec la pommade à l'acide pyrogallique au 1/10. Dans un autre, Lang a employé avec un certain succès des injections interstitielles d'acide salicylique à 1 ou 2 p. 100, des cautérisations des fosses nasales avec de l'acide salicylique, des badigeonnages des muqueuses affectées avec une solution alcoolique de salicylate de soude, et à l'intérieur 50 centigrammes d'acide salicy-

[1] D'après Unna, la caractéristique principale du rhinosclérome réside dans les altérations que subissent les cellules plasmatiques et qui sont de deux ordres : une dégénérescence hydropique et une dégénérescence hyaline. L'altération hydropique d'après Unna et Mibelli serait due à une sécrétion ou à une métamorphose des bacilles qui ont envahi le protoplasma cellulaire (voir en outre les recherches de Marschalko, *Arch. f. dermat.*, 1900).

lique trois fois par jour pendant deux mois. Le même auteur a également obtenu de bons résultats avec des applications d'une solution d'acide phénique à 1 ou 2 p. 100.

Kaposi a pu arriver à une destruction presque complète de la néoplasie par des injections interstitielles d'acide salicylique et d'acide osmique.

Billroth a inutilement essayé les injections de sublimé. Cependant Doutrelepont a vu se produire une amélioration considérable à la suite de l'emploi d'une pommade à la lanoline et au sublimé.

Dans les cas d'obstruction du larynx par la néoplasie on a conseillé de pratiquer le tubage.

Nous répétons que nous conseillerions de tenter la radiothérapie : cette méthode a d'ailleurs été déjà employée avec succès par Scherber (*Wiener Dermat. Gesellschaft*, 11 janvier 1905).

5° LEPOTHRIX

(*Trichomycose noueuse ou trichomycose palmelline de Pick.*)

E. Wilson a dénommé *lepothrix* une affection particulière des poils, que Praxton a fait connaître pour la première fois en 1869, que Patteson a décrite en 1889 sous le nom de *Trichomycose noueuse*, et dont Hoffmann, Pick, Eberth, Balzer et Barthélemy ont étudié le parasite. Nous ne la désignons pas sous le nom de *trichomycose noueuse*, parce que Juhel-Rénoy a déjà appelé ainsi la *Piedra* (voir ce mot) (voir le travail de Colombini, 1900).

Symptômes. — Cette maladie s'observe surtout aux poils des aisselles et des parties génitales. Elle est caractérisée par de petites concrétions qui font saillie le long de la tige des poils. Ceux-ci sont secs et ternes à la vue, rudes et noueux au toucher. Tantôt le poil dans sa totalité est engainé par ces concrétions : c'est à peine si çà et là il existe quelques petits intervalles au niveau desquels ce revêtement est interrompu : *c'est la forme diffuse* de l'affection. Tantôt, au contraire, il n'y a que de petites masses arrondies, isolées les unes des autres, formant le long du poil une sorte de chapelet irrégulier : elles sont plus nombreuses vers le tiers terminal du poil : c'est la *forme nodulaire*. D'ailleurs ces deux variétés d'aspect peuvent se rencontrer sur le même poil.

Ces concrétions sont fort adhérentes : il faut une friction énergique pour les détacher. Ces poils ne sont pas trop cassants : c'est à peine s'ils ont une légère tendance à se briser au niveau des nodules. Le siège d'élection de la maladie est leur tiers moyen : lorsqu'elle attaque les parties voisines de la racine, elle revêt toujours la forme diffuse. Jamais elle n'intéresse le follicule pileux lui-même (Patteson).

La coloration de ces concrétions est d'un rouge brunâtre : nous en avons vu de noirâtres ; elles coïncident fort souvent avec des sueurs colorées de l'aisselle, en particulier avec des sueurs rouges.

Examen histologique. — Aussi les auteurs croient-ils qu'elles sont formées par des agglomérats de parasites des sueurs colorées. L'examen microscopique révèle la parfaite intégrité de l'épiderme et du follicule pileux. Les nodosités sont constituées :

1° Par des cocci (Babès, Colombini) disposés sous forme de zooglées ; ils viennent de l'extérieur et ils siègent dans les couches corticales des poils qu'ils pénè-

trent grâce à la macération des cellules superficielles par l'humidité de la région : ils forment des dépressions sur le poil, se développent dans de petits trous à sa surface, puis font éclater longitudinalement les fibres corticales. Colombini a pu les cultiver sur les milieux usuels et reproduire avec les cultures la maladie sur les poils de l'aisselle de l'homme. Patteson avait décrit le microbe pathogène de cette affection comme étant un petit bacille à extrémités arrondies, deux ou trois fois aussi long que large.

2° Par une substance dure, homogène, un peu granuleuse, analogue à la chitine des œufs de poux, fort dure, d'un jaune pâle, insoluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, etc... ; elle se forme en même temps que se développent les parasites et les soude entre eux.

Traitement. — D'après ce qui précède, on comprend que le traitement qui a été proposé pour cette affection soit un traitement antiparasitaire. On a donc recommandé de faire raser les parties malades afin d'enlever mécaniquement les parasites, puis de lotionner chaque jour pendant une semaine avec une solution faible de sublimé au 1/2 000, et de mettre pendant la nuit une pommade à la résorcine et à l'oxyde de zinc.

B. — L'AGENT PATHOGÈNE EST UN BACILLE ASSOCIÉ A UN SPIRILLE[1]

SYMBIOSE FUSO-SPIRILLAIRE

« Les manifestations pathologiques déterminées par le microbe que j'ai appelé *bacille fusiforme* ou par son association avec un *spirille vivant* habituellement en symbiose avec lui, peuvent être considérées, aujourd'hui, comme fréquentes. » (H. Vincent, *Annales de Dermat.* mai 1905). (Voir en outre sur cette question le travail de Róna : *Arch. f. dermat. und Syph.*, LXXIV, 2, 3, p. 171.)

Description des microbes. — « Le bacille fusiforme offre, ainsi que l'indique son nom, l'aspect caractéristique d'un fuseau ou d'un losange allongé. Sa portion centrale, renflée, mesure 1 μ à 1μ,5 ; ses extrémités sont nettement amincies. Sa longueur est de 6 à 8 μ pour les formes courtes ou moyennes, de 10 à 12 μ pour les formes longues. Ce bacille est rectiligne, rigide, non incurvé à l'état vivant. Il se multiplie par segmentation... Il se cultive dans le bouillon ou la gélose additionnés d'un tiers de liquide organique tel que le sérum, de préférence humain. » Il n'est colorable ni par le gram, ni par le weigert; son colorant de choix est la thionine phéniquée ou le liquide de Ziehl dilué au quart.

« Le spirillum qui lui est ordinairement associé possède une mobilité et des mouvements de vis très rapides. Il est très fin, pourvu de spires à tours nombreux : il est parfois très long ; il est plus mince et plus pâle que le bacille fusiforme ; on n'a jamais pu le cultiver.

[1] R. Blanchard soutient que le spirillum de la symbiose fuso-spirillaire est un spirochœte ; d'après lui cet organisme rentre dans les Trypanosomidœ : on devrait donc, si l'on accepte cette opinion, classifier la symbiose fuso-spirillaire dans les maladies causées par les parasites animaux.

« La particularité la plus remarquable que montrent ces deux microbes est la prédilection qu'il affectent mutuellement l'un pour l'autre. Celle-ci est véritablement et presque exclusivement élective... Le spirille et le bacille fusiforme se montrent presque constamment associés l'un à l'autre dans les lésions qu'ils déterminent... Dans cette association si remarquable des deux microorganismes, j'ai montré que le spirille pullule à la surface des lésions de concert avec le bacille fusiforme. Mais ce dernier se multiplie au contraire seul dans la profondeur de l'exsudat, au contact immédiat des tissus encore vivants... La présence du spirille dans les lésions paraît être en rapport avec la plus ou moins grande rapidité du processus ulcéreux. Cette bactérie complète et favorise l'action destructive et nécrosante du bacille fusiforme, soit dans les lésions de la gangrène d'hôpital, soit dans les autres affections qui ressortissent au microbisme fuso-spirillaire. Dans certains cas, les spirilles sont peu abondants : la marche de l'ulcération est alors très lente. Inversement, l'évolution aiguë de la lésion est corrélative de la pullulation anormale des spirilles associés au bacille fusiforme. »

« Le bacille fusiforme est un microorganisme très répandu. C'est un commensal à peu près constant de la bouche des sujets sains... D'après Le Dantec il serait extrêmement commun dans la terre, et sa fréquence y est telle qu'on doit le rapprocher à cet égard de deux autres bactéries pathogènes qui s'y trouvent communément aussi, le vibrion septique et le bacille du tétanos » (H. Vincent).

Vue d'ensemble. — Voici quelles sont les principales affections qui semblent reconnaître la symbiose fuso-spirillaire comme agent pathogène.

A. *La pourriture d'hôpital* ou diphtérie des plaies (voir les ouvrages de pathologie chirurgicale)[1].

B. *L'ulcère phagédénique des pays chauds*;

C. *L'angine de Vincent.*

D. *La stomatite ulcéro-membraneuse.*

E. *Le noma ou gangrène de la bouche* (voir les ouvrages de pathologie générale).

F. *La balano-posthite érosive circinée.*

Nous allons dire quelques mots des affections suivantes qui intéressent plus spécialement le dermatologiste.

1° *L'ulcère phagédénique des pays chauds;*

2° *L'angine de Vincent;*

3° *La stomatite ulcéro-membraneuse;*

4° *La balano-posthite érosive-circinée.*

1° Ulcère phagédénique des pays chauds. — On a décrit sous ce nom quantité d'ulcérations de natures probablement fort diverses, et cette question mérite de nouvelles études approfondies pour préciser s'il existe dans ce caput mortuum des entités morbides bien définies.

Quoi qu'il en soit, nous appellerons avec Jeanselme (*Cours de Dermatologie exotique*, 1904, p. 216) *ulcères phagédéniques des pays chauds*, des ulcérations à extension rapide qui se recouvrent d'un enduit grisâtre diphtéroïde.

[1] Ajoutons cependant sur ce point que Matzenauer dans son beau travail sur ce sujet (1901) a décrit comme agent pathogène de la pourriture d'hôpital un bacille anaérobie, grêle, rectiligne, ou parfois légèrement en spirale de 3 à 4 μ de longueur, de 0,3 à 0,4 μ de largeur, et que ses recherches semblent avoir été acceptées par Veillon.

Étiologie. — On en observe dans toute la zone tropicale de l'ancien et du nouveau monde; ils semblent être surtout fréquents en Indo-Chine où on les appelle *plaie ou ulcère annamite*. Ils existent aussi à Djibouti et sur tout le littoral de la mer Rouge, au Mozambique, à Madagascar où on leur donne le nom d'ulcère malgache (Fontoynont et Jourdran; *Presse médicale*, 14 janvier, 1905 p. 25), à la Réunion, au Sénégal, au Soudan, à la Guyane et à la Guadeloupe (Vincent, *Annales de dermat.*, 1900, p. 812).

L'ulcère phagédénique des pays chauds est surtout fréquent chez les sujets surmenés, anémiés, chez ceux qui n'offrent pas la moindre résistance aux infections, et qui marchent pieds nus, ou qui travaillent dans l'eau ou dans la vase, comme on le fait dans les rizières. Il semble prendre une grande extension chez ceux qui sont atteints d'impaludisme.

Toute solution de continuité (excoriation traumatique, érosion suite de grattage, piqûre de moustiques, de sangsues, acné, furoncle, anthrax, herpès, ecthyma, affections parasitaires, ulcérations syphilitiques ou autres, etc...) peut être le point de départ de l'ulcère phagédénique, probablement par inoculation du germe morbide qui doit sans doute siéger dans le sol humide, dans la vase et dans l'eau de certains arroyos et de certaines rizières. Le pus de l'ulcère phagédénique est inoculable, et auto-inoculable.

Boinet a décrit un microbe spécial qu'il a trouvé dans l'eau d'une mare et dans la sérosité des ulcères phagédéniques : il l'a cultivé et inoculé aux animaux : il le considère comme l'agent pathogène de cette affection. Mais ses recherches n'ont pas été confirmées par les auteurs. Le Dantec a trouvé dans la fausse membrane un bacille fort abondant, droit, de 7 à 12 μ, ne prenant pas le Gram. Pour lui il faudrait assimiler l'ulcère phagédénique des pays chauds à la pourriture d'hôpital. Cette assimilation a été affirmée par H. Vincent qui rattache l'ulcère phagédénique des pays chauds à la symbiose fuso-spirillaire. Il est entendu que les ulcères non phagédéniques des pays chauds peuvent reconnaître d'autres agents pathogènes.

Symptômes. — On a décrit deux formes d'ulcère phagédénique des pays chauds : 1° *une forme légère*, 2° *une forme grave*. Fontoynont et Jourdran distinguent une forme ulcéreuse, profonde, et une forme proliférante caractérisée par la formation d'une couenne épaisse, grisâtre à la surface de la plaie.

1° Forme légère.

Première période (de début ou de phagédénisme aigu). — L'ulcère peut débuter d'emblée par une bulle à contenu séro-sanguinolent qui se rompt bientôt, en laissant une plaie laquelle se recouvre d'un enduit diphtéroïde, grisâtre, humide, qui adhère fortement aux tissus sous-jacents.

Quand il se développe à l'occasion d'une plaie primitive, les bords de la solution de continuité initiale s'enflamment, rougissent, se tuméfient, s'indurent, s'étendent par une sorte de gangrène moléculaire. Tout autour se voit une zone d'inflammation d'un rouge lie de vin. L'extension se fait rapidement par un processus phagédénique : le fond de l'ulcère est sanieux, recouvert de l'enduit diphtéroïde dont nous venons de parler, et sécrète en abondance un pus brunâtre ou sanguinolent d'une horrible fétidité. Au bout d'un certain temps, ces phénomènes inflammatoires s'apaisent, les douleurs se calment, l'ulcère prend un aspect atonique et blafard.

Deuxième période (d'état). — La plaie est complètement atone et grisâtre : cepen-

dant elle creuse encore et s'étend en prenant parfois des allures serpigineuses; les bords forment des bourrelets indurés, parfois décollés, parfois renversés en dehors : ils sont comme taillés à l'emporte-pièce dans toute l'épaisseur du derme; dans quelques cas ils rappellent ceux de nos ulcères calleux. Le fond de l'ulcère est recouvert de sanie, d'enduit pultacé; on y aperçoit fréquemment quelques bourgeons charnus d'inégal volume. La sécrétion est mal liée, ichoreuse; elle peut être presque transparente.

Troisième période (de réparation). — Elle se fait parfois attendre plusieurs mois : on voit alors les bourgeons charnus se former et combler peu à peu le fond de l'ulcère; puis l'épidermisation se fait comme dans les ulcères ordinaires de la périphérie au centre. Pendant ce processus réparateur il peut y avoir des récidives.

Fig. 123. — Ulcère des pays chauds. Ulcère du Haut-Congo.

2° Forme grave. — Elle s'observe surtout chez les sujets anémiés, débilités, atteints d'impaludisme, etc..., en un mot quand l'état général est mauvais. Cependant on l'a constatée aussi chez des gens bien portants et vigoureux. Elle est caractérisée par une marche d'une grande rapidité, et par des sortes de poussées gangréneuses aiguës qui produisent des escarres molles, fétides, constituées par du tissu cellulaire sphacélé (Boinet) : l'ulcère affecte parfois une forme térébrante.

Il peut alors survenir des complications graves, telles que des décollements étendus, des clapiers profonds, l'envahissement des gaines tendineuses, l'ouverture des articulations, des nécroses osseuses, des dénudations par phagédénisme de vastes étendues de téguments, des paralysies des muscles sous-jacents à l'ulcère, etc. On a vu dans ces cas la maladie se terminer par la mort; mais ce sont là des faits d'une extrême rareté.

Traitement. — *Traitement général.* — Il faut s'occuper de l'état général, tonifier les malades, soigner l'impaludisme, l'anémie, la diarrhée, etc...

On recommandera à ceux qui habitent les pays où ces ulcérations sont endémiques de ne pas rester nu-pieds et nu-jambes dans la vase et dans l'eau des rizières; on leur prescrira de se laver soigneusement tous les soirs les pieds et les jambes; et l'on désinfectera ou l'on détruira tous les objets qui ont servi aux pansements.

Traitement local. — Quand l'affection siège à une phalange, il est parfois indiqué (Boinet) d'en pratiquer l'amputation, lorsque les lésions sont trop considérables. Presque toujours on devra s'en tenir aux pansements bien faits.

Au début, on combattra les accidents inflammatoires par le repos, l'immobilité, la position élevée du membre, les pulvérisations fréquentes boriquées ou phéniquées, les cataplasmes antiseptiques, les enveloppements avec de l'ouate salicylée imbibée de liquides antiseptiques et recouverte de tafletas gommé, etc...

On soignera les complications d'après les indications particulières à chacune d'elles.

Pour arrêter le phagédénisme, on a proposé de racler l'ulcère, de le cautériser soit avec du nitrate d'argent, soit avec de l'alun, soit avec de l'acide chlorhydrique, de l'acide azotique, de l'acide phénique, du sublimé, du perchlorure de fer, de la teinture d'iode, du chlorure de zinc, etc... Nous conseillerions dans ce but le tartrate ferrico-potassique et surtout le bleu de méthylène, qui donnent de si bons résultats dans le chancre simple. En dernière analyse, on aura recours aux cautérisations au fer rouge.

Dans l'intervalle de ces applications caustiques, on fera des pansements rigoureux avec de l'ouate salicylée ou boriquée, de la gaze à l'iodoforme, ou de la tarlatane trempée dans une solution antiseptique et recouverte de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée.

Regnault (*Arch. gén. de médecine*, 1904, n° 36) prescrit des applications de compresses imbibées d'hydrate de chloral en solution à 2 p. 100. Il les combine parfois avec une sorte de curettage de l'ulcère avec un cristal de sulfate de cuivre.

Quand le phagédénisme est arrêté, et que l'on n'a plus qu'une ulcération ordinaire, on la soigne comme nous soignons en Europe nos ulcères de jambe. Nous nous contentons de rappeler ici en quelques mots les principes du traitement.

1° Repos absolu au lit et élévation légère du membre ;

2° Lavages antiseptiques de temps en temps ;

3° Pansements ;

a) Soit par les pulvérisations antiseptiques au sulfate de cuivre, au sublimé, à l'acide phénique, à l'acide borique, à l'alcool, etc... ;

b) Soit par les bains prolongés ;

c) Soit par des bandelettes imbriquées faites avec du diachylon, de l'emplâtre rouge, de l'emplâtre de Vigo, etc... ;

d) Soit par les poudres sèches, poudre de sous-carbonate de fer, poudre d'iodoforme, poudre d'iodol, poudre d'aristol ; cette dernière nous a paru assez efficace et presque sans inconvénients ; elle n'a pas d'odeur.

Dans ces derniers temps on a beaucoup préconisé l'ectogan (peroxyde de zinc) dans le pansement des ulcères variqueux. De Beurmann et Tanon lavent la plaie avec de l'eau oxygénée étendue, puis recouvrent toute la surface de l'ulcère avec la pommade : ectogan, 20 grammes ; vaseline blonde Chesebrough, 100 grammes. On peut aussi l'employer en poudre.

Quand les bords des ulcères sont trop calleux, on les scarifie ; quand la cicatrisation se fait trop attendre, on fait des greffes épidermiques ou des autoplasties. On a même préconisé les courants continus.

Unna a recommandé pour les ulcères d'Europe la méthode suivante qui aurait, d'après lui, l'avantage de permettre au malade de ne pas garder le lit :

1° Savonner la jambe de façon à la bien nettoyer et à la dégraisser ;

2° Appliquer avec un pinceau tout autour de l'ulcération, à une assez grande dis-

tance, l'enduit protecteur suivant, que l'on fait d'abord fondre au bain-marie pour le ramollir :

Oxyde de zinc	ãã 10 grammes.
Gélatine pure.	
Glycérine	ãã 40 —
Eau distillée	

3° Panser la plaie avec de la poudre d'iodoforme, la recouvrir ensuite d'ouate, ou de gaze à l'iodoforme, ou au sublimé;

4° Appliquer par-dessus une bande de tarlatane gommée à deux globes que l'on mouille et que l'on entre-croise au-devant de la plaie;

5° Enrouler enfin autour du membre une bande de tarlatane sèche en spirale maintenant le tout.

On connaît les bons effets de la compression élastique avec la bande de caoutchouc dans les ulcères de jambe qui se compliquent d'états éléphantiasiques ou mieux pachydermiques des tissus. On l'applique chaque matin par-dessus le pansement.

Dans l'ulcère Malgache, Fontoynont et Jourdran préconisent l'exposition de la plaie au soleil et des badigeons de solutions aqueuses d'éosine à 5 p. 100.

2° Angine de Vincent. — Bien que nous n'ayons pas à nous occuper des angines dans cet ouvrage, nous allons donner le schème de ce que l'on appelle maintenant *l'angine de Vincent* pour préciser les idées au point de vue de l'infection fuso-spirillaire.

Cette affection peut affecter deux aspects, l'un diphtéroïde, l'autre ulcéro-membraneux.

« Au début de la maladie, l'amygdale est recouverte d'un placard pseudo-membraneux blanchâtre ou grisâtre, peu épais, pouvant être détaché par le raclage. Enlevée, la fausse membrane s'est reproduite le lendemain : elle repose très souvent, dès ce moment, sur une surface légèrement érodée. » (Vincent). La fièvre est modérée, dure deux ou trois jours : les ganglions maxillaires sont toujours tuméfiés.

Une ulcération précoce, plus ou moins profonde, peut se creuser sous la fausse membrane qui prend alors l'aspect d'un exsudat mou, grisâtre, ou gris jaunâtre, d'odeur fétide. Au-dessous de cet exsudat, la surface de l'ulcération est tomenteuse et saigne facilement : tout autour la muqueuse est rouge et œdématiée. L'aspect peut être tout à fait chancriforme. Assez souvent l'affection est bilatérale. Les adénopathies sous-maxillaires sont parfois considérables. Il peut y avoir quelques symptômes généraux avec fièvre oscillant entre 38-39°.

Au bout de huit à dix jours en moyenne ; l'ulcération se nettoie et se cicatrise, mais dans certains cas elle dure beaucoup plus longtemps, des semaines et même des mois, avec de la dysphagie comme unique trouble fonctionnel.

Dans sa forme diphtéroïde, l'angine de Vincent est produite par un bacille fusiforme que nous avons décrit plus haut, et qui est un des hôtes habituels de la cavité buccale.

Dans la forme ulcéreuse, ce bacille fusiforme est associé à un spirille fort ténu qui paraît être identique aux spirilles qui existent normalement dans la salive et dans le tartre. L'angine de Vincent peut donc être considérée comme une sorte de pourriture d'hôpital de la bouche (H. Vincent).

Cette affection s'observe chez les sujets de tout âge. Elle est favorisée par la carie dentaire et la mauvaise dentition.

Elle peut se compliquer, quoique rarement, d'infections secondaires streptococciques ou staphylococciques, telles qu'arthralgies, déterminations pleuro-pulmonaires, albuminurie, suppurations péri-buccales, sinusites suppurées, etc... Mais surtout elle peut s'étendre à la bouche, sur le bord des gencives, en particulier vers la dernière grosse molaire inférieure, plus rarement sur les lèvres et les bords de la langue. Elle y forme des ulcérations arrondies ou ovalaires, à bords d'un rouge violacé irréguliers, déchiquetés et taillés à pic : leur fond anfractueux est recouvert d'une fausse membrane peu adhérente qui se transforme rapidement en une matière pultacée, grisâtre, d'odeur fétide (voir plus loin *Stomatite ulcéro-membraneuse*).

Le traitement consiste en lavages fréquents et en gargarismes au borate de soude, etc..., mais surtout en applications de teinture d'iode (H. Vincent) ou de bleu de méthylène. Siredey et Mantoux emploient cette dernière substance en poudre : ils la portent directement au contact des parties malades et au bout de quelques minutes le malade se gargarise avec de l'eau bouillie pour enlever ce qui reste de matière colorante.

3° Stomatite ulcéro-membraneuse. — Depuis quelques années, certains auteurs, à la tête desquels il convient de citer Vincent (1898), ont de la tendance à faire jouer un rôle majeur dans la pathogénie de certaines ulcérations de la muqueuse buccale à l'association des spirilles et des bacilles fusiformes. D'après eux, il y aurait deux variétés de stomatite ulcéro-membraneuse :

1° Celle qui est due à l'association des spirilles et des bacilles fusiformes et qui a la même pathogénie que les lésions ulcéreuses de la gorge auxquelles on a donné le nom d'angine de Vincent ; 2° Celle qui est sous la dépendance du polymicrobisme buccal et où l'on rencontre des leptothrix, des staphylocoques, des streptocoques, du bacillum coli, etc... (*Archiv. Internat. de Laryngologie*, fév. 1904).

Bernheim, Salomon, Lacoarret, Abel, Lesueur, Danoff, Niclot et Marotte, et tout récemment Moizard et Grenet (*Arch. de méd. des enfants*, 1904, n° 10), ont émis l'idée que la stomatite ulcéro-membraneuse de Bergeron se confond totalement avec l'angine de Vincent. Par contre, Widal et Darré (Soc. méd. des hôpit., 18 nov. 1904) formulent des réserves, et disent, avec Vincent et Barbier, que l'opinion qui conclut à la nature fuso-spirillaire de l'ancienne stomatite ulcéreuse ou gangréneuse épidémique n'est qu'une hypothèse plausible mais insuffisamment démontrée. La stomatite ulcéro-membraneuse primitive due à l'infection fuso-spirillaire est principalement celle qui se développe au niveau des dents en évolution, surtout à l'occasion de la sortie de la dent de sagesse (Widal et Darré).

Nous n'avons pas dans cet ouvrage à décrire la stomatite ulcéro-membraneuse, qui, par une sorte de convention tacite, assez peu logique d'ailleurs, est considérée comme faisant partie du domaine de la pathologie générale.

4° Balano-posthite érosive circinée. — Berdal et Bataille désignent sous ce nom une inflammation de la muqueuse glando-préputiale inoculable et contagieuse, primitive, due probablement à l'évolution d'un microbe spécial. Elle débute sous la forme d'érosions uniques ou multiples qui s'étendent peu à peu excentriquement, se réunissent, et donnent naissance à des lésions circinées circonscrites par des bords assez nettement arrêtés avec liséré blanc légèrement saillant : la partie

convexe de ces sortes d'arceaux regarde le méat, vers lequel convergent les éléments éruptifs. Cette affection s'accompagne d'une sécrétion purulente assez abondante dans laquelle on a trouvé une foule de microbes; elle est presque complètement indolente.

Elle se développe surtout chez les jeunes sujets qui ont le gland recouvert par le prépuce, ne se montre qu'après le coït, et récidive souvent ; elle peut envahir toute la muqueuse glando-préputiale, mais elle s'arrête au méat urinaire, et n'intéresse jamais l'urèthre.

A mesure que le processus érosif avance vers le méat, les parties primitivement atteintes se réparent. Les récidives sont fréquentes ; elles sont provoquées par le coït, souvent elles n'ont pas de cause appréciable. Il suffit d'un point incomplètement guéri pour que, après cessation du traitement, la maladie reprenne toute son intensité.

L'évolution générale dure environ un mois. L'affection peut se compliquer de lymphangites dorsales de la verge, fugaces, dures, indolentes, qui n'aboutissent pas à la suppuration, et d'adénopathies concomitantes présentant les mêmes caractères. Il est fréquent d'observer une ulcération transversale du frein qui simule au premier abord le chancre simple.

D'après Berdal et Bataille la *balano-posthite circinée* est bien distincte de la *balano-posthite simple*, qui n'est ni inoculable, ni contagieuse ; de l'*herpès* qui n'a pas de marche extensive et qui présente le signe de l'expression du suc (Leloir), lequel manque dans la balano-posthite érosive, des *plaques muqueuses* qui cependant peuvent avoir un aspect presque identique.

Il existe aussi une forme spéciale de chancre que l'on a dénommée *chancre épithélial phagédénique* qui peut la simuler.

Les auteurs qui l'ont décrite ont pu la reproduire par l'inoculation expérimentale. Ils ont trouvé dans le pus des spirilles qui semblent lui donner ses propriétés spéciales. Queyrat a repris cette question et a montré que l'agent pathogène de la balanite érosive circinée est le même que celui de l'angine de Vincent. Il estime que cette affection résulte d'une symbiose, de l'association d'une triade microbiologique, spirilles, petits bacilles et cocci, et il lui donne le nom de *balano-posthite ulcéro-membraneuse* (*Soc. med. des hôpitaux*, 10 févr. 1905).

Traitement. — Le traitement consiste essentiellement en lotions parasiticides assez énergiques pour détruire les cellules épithéliales superficielles dans lesquelles végètent les parasites. On y arrive en se servant de solution de nitrate d'argent au 1/50 ou au 1/25, de solutions de sublimé au 1/1 000 ou au 1/500, de solution d'acide phénique au 1/40 ou au 1/25, et en faisant des pansements avec de la poudre d'oxyde de zinc. Il est toujours préférable de n'utiliser que graduellement les solutions fortes pour éviter des réactions inflammatoires trop accentuées. Mais il convient surtout d'employer les substances qui sont considérées à juste titre comme des spécifiques de l'angine de Vincent et qui sont : la teinture d'iode pure ou diluée, le bleu de méthylène en solutions allant du 1/500, au 1/50, et enfin le chlorure de chaux.

II

DERMATOSES RECONNAISSANT DES VIBRIONS, DES SPIRILLES, DES SPIROCHOETES, OU DES TREPONEMAS POUR CAUSE PATHOGÈNE

1° DERMATOSES RECONNAISSANT DES VIBRIONS POUR CAUSE PATHOGÈNE

CHOLÉRA

Dans le choléra (bacille-virgule de Koch), on a décrit (Duplay, Duflocq, Queyrat et Broca, Galliard) de nombreuses éruptions : les plus notables sont des érythèmes rubéoliques, scarlatinoïdes, polymorphes.

2° DERMATOSES RECONNAISSANT DES SPIRILLES OU DES SPIROCHOETES POUR CAUSE PATHOGÈNE

(Voir plus haut la description de la symbiose fuso-spirillaire de Vincent).

3° DERMATOSES RECONNAISSANT DES TREPONEMAS POUR CAUSE PATHOGÈNE

SYPHILIS [1]

La *syphilis* est une maladie virulente, éminemment contagieuse, héréditaire, et transmissible par contact direct, c'est-à-dire par inoculation de l'homme malade à l'homme sain. Par sa diffusion, par les lésions graves qu'elle provoque directement, par la polyléthalité infantile dont elle est la cause première, frappant de stérilité

[1] Nous nous sommes décidés à insérer dans cet ouvrage un chapitre traitant de la syphilis cutanée. Nous l'avons fait uniquement pour permettre au praticien d'établir un diagnostic différentiel en présence d'une éruption quelconque, mais nous estimons que l'étude de la syphilis est trop importante pour n'être qu'une annexe de la dermatologie. La syphilis doit être apprise dans un ouvrage à part. *Aussi n'exposons-nous ici qu'un Schème succinct, pas même un abrégé de la syphilis cutanée.* C'est l'explication des nombreuses et importantes lacunes qui existent dans ce qui va suivre. (Voir en particulier les si intéressantes recherches de Roux, de Metschnikoff et de Neisser : sur la transmission expérimentale de la syphilis aux singes. *Association silésienne pour l'avancement des Sciences* : 22 décembre 1905.)

les femmes infectées, provoquant chez elles des avortements, tuant les nouveau-nés venus à terme en pleine infection, par ses terribles conséquences à longue échéance telles que le tabes, la paralysie générale et l'épithéliome buccal, la syphilis apparaît comme l'un des fléaux les plus graves dont soit affligée l'humanité. Elle prend place à côté de la tuberculose et de l'alcoolisme, avant la lèpre et les grandes maladies épidémiques.

Description du microbe. — On a décrit de fort nombreux microbes comme étant l'agent pathogène de la syphilis. Dans ces derniers temps Fritz Schaudinn et Erich Hoffmann (*Kaiserlichen gesundheitsamte*, Band XXII, Heft 2, 1905 : *Deutschen med. Wochens.*, 1905, n° 18, et 19 oct., n° 42, p. 1665 ; — *Berliner Klinischen Wochens.*, 1905, n°s 22 et 23) ont trouvé à la surface des accidents syphilitiques contagieux, dans la profondeur des tissus morbides et dans les ganglions lymphatiques un microorganisme spécial, qu'ils ont appelé le *spirochæte pallida* et qu'ils croient, mais avec beaucoup de réserves, être l'agent pathogène de la syphilis. Leurs recherches ont été confirmées par de nombreux auteurs, au premier rang desquels il convient de placer Roux et Metschnikoff. (Voir les mémoires de Y. Nicolas, Favre et André : *Lyon Médical*, 12 oct. 1905, et de E. Dalous, *Journal des mal. cut. et syph.*, juillet 1905, p. 481. On y trouvera un excellent résumé de la question.)

Schaudinn et Hoffmann pensaient tout d'abord que le spirochæte pallida était un spirillacé, genre spirochæte. Des recherches nouvelles dues à P. Villemin (de Nancy) et à Schaudinn semblent avoir prouvé que ce microbe constitue un type nouveau, qu'il n'est pas en réalité un spirochæte ; et Schaudinn a adopté la dénomination nouvelle de Spironema proposée par Villemin, puis celle de *Treponema*. Il le désigne donc maintenant sous le nom de *Treponema* ou *spironema pallidum* (voir le travail d'Étienne Burnet, *Annales de dermat.*, novembre 1905, p. 833[1]).

Le Treponema pallidum a de 4 à 10 μ, en moyenne 7 μ, de long : son épaisseur est de 0,3 μ au maximum ; le nombre de ses spires varie de 5 à 14 : elles sont étroites et très serrées. Il semble être dépourvu de membrane ondulante, mais il présente un flagellum à chacune de ses extrémités, parfois même ce flagellum se dédouble. Son corps est plutôt cylindrique que rubané. Il est très agile dans les préparations fraîches, et conserve ses mouvements pendant plusieurs heures quand on le conserve dans le sérum physiologique. Il se colore faiblement par les couleurs d'aniline ; mais il se colore bien par la solution d'éosine-azur de Giemsa, et par le réactif de Marino. On l'a trouvé dans des syphilides secondaires, dans des chancres indurés (mais pas toujours), dans le sang des syphilitiques, dans des ganglions syphilitiques, dans les accidents syphilitiques des singes, dans les tissus malades d'enfants atteints d'hérédo-syphilis. Il ne semble pas qu'on ait nettement observé ce microorganisme dans des dermatoses non syphilitiques ; *cependant on doit encore émettre sur ce point de prudentes réserves.*

Le treponema pallidum se distingue du spirochæte refringens qui existe d'une manière banale aux organes génitaux de l'homme dans le smegma normal, par sa petitesse, par sa forme en tire-bouchon, et par la difficulté de sa coloration : mais

[1] D'après R. Blanchard le treponema pallidum ne doit pas être rangé parmi les microbes : il appartient à la classe des Trypanosomidæ dont il constitue le deuxième genre entre les Spirochætes (1er genre) et les Trypanosomes (3e genre). Il faudrait donc le considérer comme un protozoaire et par suite classifier la Syphilis dans les maladies causées par les parasites animaux. Nous sommes tout prêts à admettre cette modification dès que les naturalistes se seront entendus sur ce point de nomenclature.

on trouve dans des tissus non syphilitiques d'autres spirilles qui ont avec lui de très grandes ressemblances.

VUE GÉNÉRALE DE LA SYPHILIS

Évolution. Symptômes. — Après l'inoculation de l'agent infectieux, il existe une période d'incubation qui dure de huit jours à quatre-vingt-dix jours, en moyenne et d'ordinaire de quinze à vingt-cinq jours. Survient alors aux points inoculés une lésion apparente présentant des caractères distinctifs : c'est *l'accident primitif* ou *chancre syphilitique* ou *chancre induré*. Cet accident évolue seul tout d'abord : il peut même, quand sa durée est courte, naître, grandir, puis se cicatriser, sans qu'aucun autre phénomène morbide, sauf les adénopathies caractéristiques, fasse son apparition. Dans la grande majorité des cas, au bout d'un laps de temps variable, après l'apparition du chancre, surviennent d'autres accidents, d'aspect fort divers, caractérisés surtout par leur dissémination et leur diffusion : ils sont fréquents pendant les six mois qui suivent le chancre, mais ils peuvent s'observer aussi pendant les deux ou trois premières années de la syphilis, quelquefois même beaucoup plus tard[1] : on leur a donné le nom d'*accidents secondaires* ; ils siègent principalement du côté de la peau et des muqueuses.

On peut voir enfin se produire à une période quelconque de la maladie, mais surtout à partir de la quatrième année, des accidents plus graves parce qu'ils sont plus profonds, d'ordinaire circonscrits, que l'on désigne sous le nom d'*accidents tertiaires*.

Dans quelques cas on observe enfin chez certains sujets des accidents cutanés tardifs superficiels, peu graves, mais rebelles, que depuis plus de quinze ans nous avons désignés sous le nom d'*accidents quaternaires;* depuis lors ce mot a été adopté par certains auteurs à l'étranger.

Il ne faut pas croire que ces accidents secondaires, tertiaires, soient nettement séparés les uns des autres par périodes bien définies, que les accidents secondaires soient toujours observés et uniquement observés pendant les deux ou trois premières années de l'infection par exemple, que les accidents tertiaires soient uniquement l'apanage des années ultérieures. Des accidents présentant le caractère des accidents tertiaires peuvent très bien se produire dès les premiers mois de la maladie, et inversement des accidents dits secondaires peuvent se manifester pendant les quatrième, sixième, dixième années, etc... de l'infection. On ne saurait donc admettre une division précise de la syphilis en périodes; mais il n'en est pas moins vrai que ce que nous avons dit plus haut reste exact d'une manière générale.

A côté de toute cette série d'accidents que l'on pourrait appeler *directs*, il en existe une autre série des plus importantes que l'on pourrait appeler *indirects* (Audry), *parasyphilitiques* (Fournier), et que caractérise essentiellement ce fait qu'ils ne sont pas curables d'une manière rapide et élective par le traitement antisyphilitique ; mais ils se développent avec une extrême fréquence et une prédilection marquée chez les anciens syphilitiques, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire. Tels sont l'artériosclérose, le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie, etc...

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique on peut dire avec Audry, que, sauf des points de détail assez importants d'ailleurs et pour lesquels

[1] Voir l'ouvrage récent de A. Fournier : *Syphilis secondaire tardive*, 1906.

nous renvoyons aux ouvrages spéciaux, « du chancre (accident primitif) à la gomme (accident tertiaire) la syphilis et *une* histologiquement ».

« Le caractère essentiel, personnel, de la lésion chancreuse c'est l'*altération*

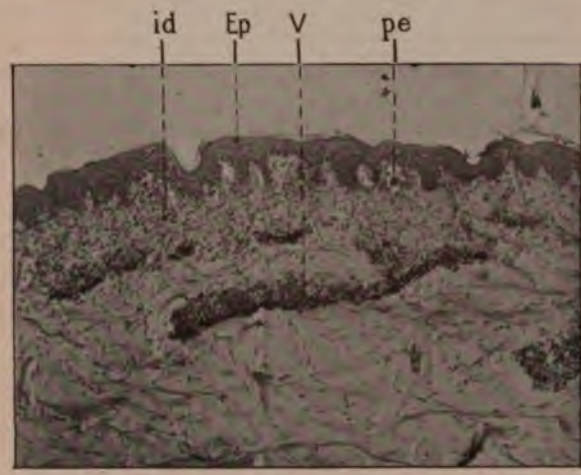


Fig. 124. — Roséole syphilitique papuleuse.

Ep, épiderme. — *pe*, papille œdémateuse et infiltrée. — *id*, infiltration du derme. — *v*, vascularite et périvascularite.

des vaisseaux sanguins. Cette vascularite frappe les artères, les veines, les capil-

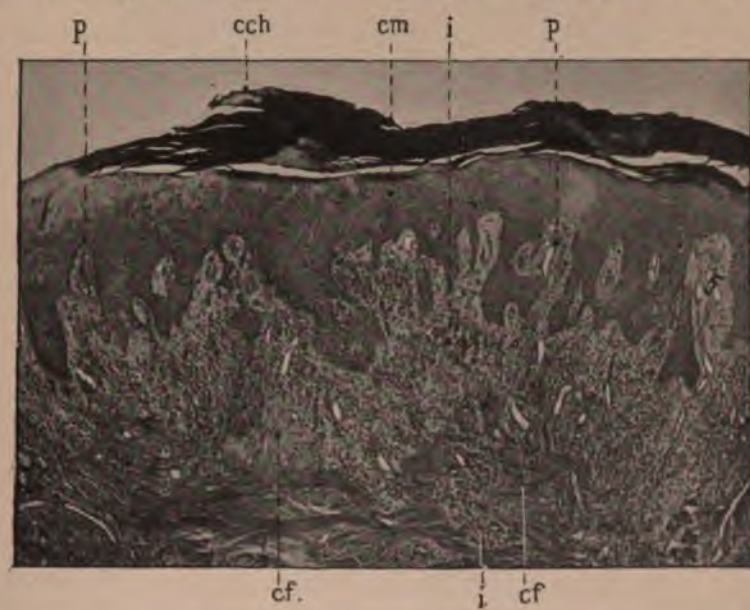


Fig. 125. — Papule syphilitique de la peau.

cch, couche cornée parakératosique. — *cm*, corps muqueux en acanthose. — *p*, papilles allongées. — *cf*, faisceaux conjonctifs conservés au milieu de l'infiltration. — *i*, infiltration syphilitique (plasmazellen et lymphocytes.)

laires. » C'est de l'endo-péri-vascularite. Tout autour des vaisseaux altérés, on trouve un infiltrat cellulaire d'une extrême densité provenant en grande partie de la

prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif, un peu des cellules lymphoïdes, et beaucoup des cellules plasmatiques.

Les lésions secondaires, dont le prototype est constitué par la papule syphilitique, sont également caractérisées par de la vascularite : tout autour des vaisseaux malades se retrouve un exsudat cellulaire abondant composé d'un nombre considérable de plasmazellen, de quelques leucocytes et d'un certain nombre de cellules multinucléées représentant des éléments de dégénérescence.

Dans les accidents tertiaires dominent encore les lésions d'artériosclérose et de phlébosclérose différant des lésions de l'artériosclérose sénile par une néoformation

Fig. 126. — Gomme syphilitique (située sous la muqueuse uréthrale.) Petite gomme miliaire ayant l'aspect d'un petit plasmome à dégénérescence centrale : il n'y a pas trace du rôle des vaisseaux.

g, gomme (centre en voie de dégénérescence). — *Ep*, épithélium de l'urèthre. — *ipg*, infiltration périgommeuse.

plus marquée de l'endartère, un moindre degré de dégénérescences élastiques, l'absence habituelle de formations hyalines et calcaires. Il en résulte un obstacle à la circulation nutritive d'où découle soit de la sclérose dystrophique, soit de la nécrose du territoire vasculaire. Tout autour des vaisseaux atteints se produit un infiltrat cellulaire abondant, un véritable granulome de Virchow, composé de nombreuses cellules embryonnaires ou lymphoïdes, d'un certain nombre d'éléments épithélioïdes, de quelques rares cellules géantes : on a pu y distinguer des leucocytes polynucléés, des lymphocytes, des cellules ressemblant à des éléments conjonctifs jeunes, mais surtout un nombre considérable, *caractéristique*, de *plasmazellen*.

Ces infiltrats cellulaires sont disposés soit en traînées ou manchons périvasculaires, soit en petits amas arrondis, les uns disséminés, les autres conglomérés, et, dans ce dernier cas, visibles à l'œil nu sous forme de minuscules grains blanchâtres

(gommes microscopiques d'Hutinel, syphilomes élémentaires de Wagner), etc.

Ces nodules peuvent se conglomérer en amas plus importants par groupement de plusieurs éléments autour de centres multiples. Ces nodules conglomérés sont presque toujours caséeux à leur centre, et il n'est pas rare qu'ils soient entourés d'une coque fibreuse : c'est ce que l'on appelle la *gomme miliaire* (Fournier, d'après Darier).

« La caséification consiste dans la transformation d'une portion des tissus vivants en une matière amorphe d'un blanc jaunâtre, dont la consistance varie dans des limites assez étendues, depuis la dureté presque ligneuse et cartilagineuse jusqu'à la fluidité d'une crème. Le plus ordinairement cette matière caséeuse offre l'aspect d'un mastic ou d'un fromage, aspect d'où lui vient son nom. » (*Ibid.*, p. 55.)

Par opposition à ces gommes miliaires on désigne sous le nom de *gommes vraies* ou *gommes typiques*, des lésions qui forment de vraies tumeurs, perceptibles à l'œil nu, qui naissent en tissu sain dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. Ces *gommes véritables*, d'après Tommasoli, Unna et Philippson, se développeraient surtout, par un mécanisme identique au précédent, autour de lésions *veineuses* importantes et constantes.

Symptômes. — Nous n'avons dans cet ouvrage qu'à passer en revue les divers accidents cutanés de la syphilis, et, pour plus de commodité, nous adopterons leur ancienne division en trois groupes ou périodes.

I. — ACCIDENT PRIMITIF, CHANCRE INDURÉ

Étiologie. — L'agent infectieux de la syphilis se transmet d'ordinaire par inoculation directe : provenant d'un accident contagieux érodé et ulcéré, c'est-à-dire suintant, il est porté sur une plaie quelconque, quelque minime qu'elle soit, parfois simple éraflure épidermique d'un sujet sain. Cette inoculation se fait le plus souvent pendant le coït ; mais elle peut aussi se produire d'une manière accidentelle en dehors de tout rapport sexuel, par le baiser d'un sujet qui a des accidents contagieux sur les lèvres, ou par contagion indirecte ou médiate, par l'intermédiaire d'objets contaminés.

Après l'inoculation survient, comme nous l'avons vu plus haut, une période d'incubation de durée variable, puis se montre au point infecté l'*accident primitif*, le *chancre induré*.

D'après la majorité des auteurs, au moment de son apparition, le chancre ne serait que la première manifestation de l'infection générale de l'économie, infection qui se traduirait par ce fait que le chancre syphilitique ne pourrait être réinoculé au porteur, caractère majeur qui permet de le différencier du chancre simple. Queyrat a trouvé dans ces derniers temps que cette loi présente des exceptions, et il a pu dans quelques cas obtenir des inoculations de chancres syphilitiques typiques chez des sujets déjà porteurs d'un accident primitif avéré, pendant les quelques jours qui ont suivi le début de cet accident primitif. La question de l'opportunité de l'excision du chancre dès son apparition se pose donc de nouveau.

Symptômes. — Le premier symptôme du chancre induré paraît être une « petite rougeur, devenant bientôt une rougeur papuleuse, légèrement saillante ; lenticulaire de forme, desquamative, exfoliante ; puis formation à la surface de cette

papule d'un exsudat croûtelleux, lequel n'est qu'un masque recouvrant la lésion vraie ; et, sous ce masque, lésion vraie, constituée par une érosion des téguments, érosion superficielle, rougeâtre, fournissant un léger suintement. Tel est le début. » (A. Fournier, *Traité de la Syphilis*, t. I, p. 31.)

Dès le troisième ou le quatrième jour, le chancre induré a l'aspect d'une ulcération arrondie ou ovalaire à bords nettement arrêtés, à fond d'un rouge rosé, très finement granuleux, très légèrement suintant, et d'où l'on ne peut faire sourdre indéfiniment de la sérosité par la pression comme dans l'herpès. (Signe de l'expression du suc de Leloir qui permet dans beaucoup de cas de différencier le chancre au début de l'herpès.) Dès cette période la base de l'exulcération est un peu infiltrée, parcheminée : quand on la saisit délicatement entre deux doigts on éprouve une sensation d'induration superficielle.

Tous ces caractères se précisent à mesure que le chancre évolue. Il grandit et se développe d'ordinaire pendant un laps de temps qui varie de huit à vingt jours, rarement davantage, puis survient une *période d'état* également variable (de huit jours à un mois), enfin une *période de régression* graduelle qui aboutit à la disparition à peu près totale dans un laps de temps qui varie de vingt jours à quarante-cinq jours en moyenne. On a vu des chancres nains ne durer qu'une dizaine de jours, et des chancres géants ou phagédéniques durer plusieurs mois : mais ce sont là d'assez rares exceptions.

Fig. 127. — Chancre induré typique de la grande lèvre gauche.

A la période d'état, le chancre induré typique est constitué par une ulcération superficielle qui semble avoir été faite avec un rasoir, en dédolant (*chancre plat*), un peu plus profonde cependant dans beaucoup de cas au centre que sur les bords (*chancre en godet*), parfois au contraire faisant saillie (*chancre papuleux*), d'un rouge vif, ayant l'aspect du bifteck cru, parfois recouverte au centre d'un enduit gris jaunâtre adhérent, et ne présentant qu'à la périphérie une bordure annulaire d'un rouge vif (*chancre en cocarde*) ; parfois parsemée d'un piqueté brun tenant à des exsudats sanguins, à de petites apoplexies miliaires; sa forme est le plus souvent ovalaire, plus rarement arrondie; les bords en sont assez nettement arrêtés, et correspondent souvent à une saillie mousse, à une sorte de bourrelet périphérique tenant à l'induration sous-jacente.

La plaie repose en effet sur une base indurée, épaissie, pathognomonique : cette induration est tantôt cartilagineuse, profonde, nodulaire, non seulement perceptible au toucher, mais même visible en quelque sorte à l'œil nu tant les téguments sont infiltrés ; tantôt au contraire elle est superficielle, lamelleuse, papyracée ou foliacée, assez difficile à percevoir, et donne au palper pratiqué soigneusement avec la pulpe du pouce et de l'index une sensation de feuille de parchemin glissée dans le derme.

L'ulcération que nous venons de décrire est d'ordinaire indolente spontanément

et au toucher. Cependant nous avons observé des chancres génitaux et extra-génitaux qui étaient le siège de douleurs névralgiques extrêmement violentes.

Elle peut être recouverte d'une croûte grisâtre ou noirâtre assez adhérente qui se forme à sa surface lorsqu'elle est exposée à l'air ou aux contacts extérieurs. Sauf complications le chancre induré n'est le siège que de peu de suintement et de suppuration.

Il s'accompagne pour ainsi dire toujours, car il n'y a que de fort rares exceptions publiées, d'adénopathies multiples indolentes : elles se développent dès les premiers jours de son apparition et deviennent perceptibles du sixième au dixième jour. Les ganglions ainsi hypertrophiés donnent au doigt une sensation nette de dureté : parmi eux, il y en a d'ordinaire un ou deux plus volumineux qui correspondent plus spécialement aux lymphatiques efférents du chancre ; ce sont les *ganglions directs*. Il n'y a presque jamais d'empâtement du tissu cellulaire autour de ces adénopathies ; elles sont mobiles sur les tissus voisins, aphlegmasiques. Cependant elles peuvent parfois être conglomérées, et dans quelques cas rares s'enflammer et même suppurer, mais presque toujours sous l'influence d'une complication, d'une infection accidentelle par les microbes de la suppuration, par ceux du chancre simple, de la tuberculose, etc..., ou à la suite de fatigues exagérées.

Elles se développent dans le groupe des ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la région infectée : par suite, pour tous les chancres de la région génitale, elles siègent au pli de l'aine, etc...

Elles évoluent fort lentement vers la résolution, et persistent souvent pendant plusieurs mois.

Quand le chancre va se réparer, le fond de l'ulcération s'exhausse, sa couleur devient moins vive ; il s'établit à sa périphérie un liséré cicatriciel d'un blanc rosé qui gagne peu à peu vers le centre, et la plaie se cicatrise presque toujours sans laisser de trace, sauf parfois une macule pigmentaire brunâtre qui occupe toute la surface de l'érosion ou sa périphérie.

L'induration diminue d'ordinaire progressivement : elle peut totalement disparaître au moment de la cicatrisation, ce qui est très rare, elle peut augmenter après la cicatrisation, ce qui est plus fréquent qu'on ne le pense ; presque toujours elle ne s'efface que très graduellement, et elle ne disparaît totalement qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Le chancre peut d'ailleurs se rouvrir après sa cicatrisation quand l'induration est très marquée : c'est le *chancre redux* ; cet accident qui se produit surtout pour les chancres de la rainure glando-préputiale est presque toujours consécutif à un traumatisme ou au manque de soins minutieux de propreté.

Dans quelques cas fort rares, l'induration subit à son centre une sorte de nécrose : elle se ramollit ; il s'y collecte un liquide puriforme qui se déverse au dehors par un ou plusieurs orifices, laissant une sorte de cavité gommeuse : c'est le *chancre pseudo-gommeux*.

VARIÉTÉS DU CHANCRE SYPHILITIQUE

Le chancre syphilitique est fort souvent *unique* : mais cette unicité du chancre syphilitique ne saurait être érigée en loi, ni surtout considérée comme un élément de diagnostic. Les chancres syphilitiques *multiples* sont en effet relativement fréquents. Dans notre service de Broca nous en observions souvent deux, trois, quatre

sur la même femme, aux grandes lèvres, aux petites lèvres, à la fourchette, etc..., évoluant simultanément. Il est beaucoup plus rare d'en compter un plus grand nombre; cependant nous en avons constaté jusqu'à quatorze chez le même sujet. Nous pensons qu'ils sont consécutifs à des inoculations multiples faites lors d'un seul et même coït, ou lors de coïts infectants successifs rapprochés.

On a voulu expliquer leur multiplicité par l'hypothèse de lymphangites ulcé-

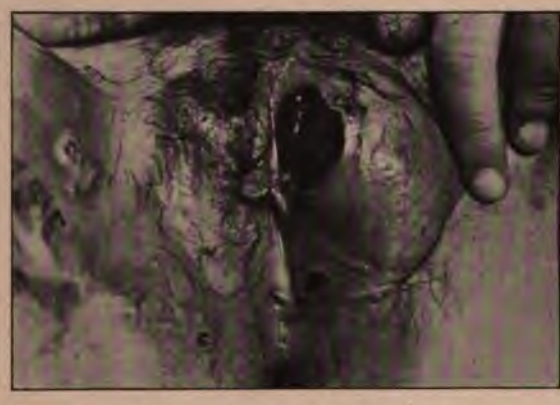


Fig. 128. — Chancre induré géant de la grande lèvre gauche avec œdème dur de cette grande lèvre.

reuses partant d'un chancre premier et se développant dans les deux, trois, six jours après l'apparition de ce premier chancre (Du Castel). C'est une ingénieuse interprétation de ce fait d'observation que parfois ces chancres multiples se développent successivement.

Il existe des *chancres géants* qui atteignent et même dépassent les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent. Ils reposent alors presque toujours sur une base indurée d'un volume tel qu'elle forme une véritable tumeur. Ils font parfois une saillie de près de un centimètre au-dessus des tissus sains, et ils présentent presque toujours une ulcération plus ou moins profonde, sanieuse. On les observe surtout à l'abdomen, sur les fesses, le tronc, au menton, aux lèvres (*chancres papuleux : chancres hypertrophiques*).

Fig. 129. — Chancre syphilitique ulcéré de la partie supérieure de la grande lèvre gauche : œdème dur de cette grande lèvre.

L'exulcération du chancre syphilitique typique devient dans certains cas une véritable ulcération relativement profond (*chancre ulcéreux*). Elle peut prendre un caractère nettement phagédénique par suite d'associations microbiennes.

Inversement l'exulcération est parfois tellement superficielle qu'elle n'est qu'une simple érosion épithéliale, arrondie, à limites un peu vagues, rosée, reposant sur une induration foliacée à peine perceptible (*chancre superficiel épithélial*).

Dans les variétés rares auxquelles on a donné le nom de *chancre nain* l'érosion

ne dépasse pas les dimensions d'une lentille: elle évolue avec rapidité, en une dizaine de jours à peine. Dans ces cas, et surtout chez la femme, le chancre passe pour ainsi dire inaperçu.

Enfin l'induration du chancre syphilitique peut manquer ou tout au moins ne pas être perceptible au toucher. Cette anomalie est relativement assez fréquente chez la femme : *c'est le début de la syphilis par le chancre mou d'E. Vidal*; ce qui ne veut pas dire que la syphilis puisse débuter par le chancre simple.

Chancre mixte. — Le *chancre mixte* provient de l'inoculation en un même point du strepto-bacille du chancre simple et du treponema pallidum de la syphilis.

L'incubation du strepto-bacille étant très courte, il se développe tout d'abord au point inoculé l'ulcération cratériforme, à bords taillés à pic, à sécrétion abondante du chancre simple; puis peu à peu l'incubation du treponema pallidum prend fin ; ce microbe entre en activité, et il transforme progressivement l'aspect de l'ulcération chancreuse; il la rend moins profonde, plus rouge, moins suintante et il indure sa base. On a dès lors une ulcération mixte d'aspect comme elle est mixte de nature.

Les adénopathies qui en dépendent peuvent également présenter ce double caractère. Il est inutile d'y insister.

C'est à Rollet (de Lyon) que revient l'honneur d'avoir le premier formulé la théorie du chancre mixte, théorie qui, avant toute découverte microbienne, permit d'établir la doctrine dualiste d'une manière irréfutable sur des bases cliniques inébranlables. (Deux virus distincts : l'un, celui du chancre simple, donnant lieu à un accident inoculable et auto-inoculable : accident toujours local ; l'autre celui de la syphilis, entraînant l'infection générale de l'organisme.)

Accidents du chancre induré. — Parmi les accidents du chancre induré, certains auteurs signalent les *adénopathies*. Nous estimons que les adénopathies ne sont pas un accident, mais un des symptômes pathognomoniques du chancre.

Il en est de même des *œdèmes durs* qui se développent fort souvent sous le chancre aux régions pourvues d'un tissu cellulaire lâche, au prépuce par exemple, mais surtout aux grandes et aux petites lèvres chez la femme. L'œdème dur d'une grande lèvre chez une femme jeune nous paraît être un symptôme presque pathognomonique de l'existence d'un accident primitif syphilitique : en effet l'œdème causé par une bartholinite est surtout situé vers la partie postérieure de la grande lèvre ; il est plus inflammatoire, plus rouge, plus volumineux, moins allongé, moins élastique.

Comme accidents possibles du chancre induré, nous citerons : 1° le *phimosis* pour les chancres du prépuce, 2° la *lymphangite* qui s'observe surtout à la face dorsale de la verge, plus rarement sur ses parties latérales, sous la forme de cordons durs, bosselés par places, indolents, mobiles, longitudinaux, un peu flexueux, s'étendant jusque vers le pubis. Sur le prépuce il peut y avoir des cordons noueux assez fins. La lymphangite est beaucoup plus rare chez la femme : elle forme chez elle des cordons noueux dans les grandes lèvres, vers le pli de l'aine, et parfois des noyaux indurés.

La lymphangite qui accompagne le chancre syphilitique disparaît d'ordinaire peu à peu par résolution graduelle : il est exceptionnel qu'elle suppure.

Complications. — Elle peut le faire cependant quand le chancre s'enflamme soit à la suite d'infections microbiennes surajoutées, soit à la suite de traumatismes,

tel que l'emploi de caustiques ; le chancre présente alors des caractères spéciaux : il se tuméfie, devient d'un rouge vif, tend parfois à s'ulcérer ou à bourgeonner.

Le chancre syphilitique se complique de *gangrène* dans des cas assez rares, cette gangrène est ou bien très superficielle, affecte les couches supérieures de l'érosion (*gangrène pelliculaire de Fournier*), ou bien intéresse le chancre dans toute son étendue : il devient alors brunâtre ou noirâtre.

La gangrène peut ne pas se limiter au chancre et envahit les tissus voisins : c'est le *phagédénisme gangréneux :* il s'accompagne très rarement d'accidents septiques généraux graves, presque toujours il finit par guérir par élimination des escarres.

Le chancre syphilitique peut d'ailleurs, en dehors de tout processus gangréneux, se compliquer de *phagédénisme :* il est alors d'un rouge vif ou violacé, sécrète un liquide sanieux abondant, s'étend en surface et surtout en profondeur de façon à dévorer sa propre induration.

Le chancre induré suivant ses localisations.

Nous serons très brefs sur ce point qui nous paraît être d'assez minime importance.

Chancres génitaux. — *Chez l'homme* les *chancres de la rainure glando-préputiale* sont remarquables par le volume de leur induration et par les plaques indurées de lymphangite satellite qui les accompagnent, et qui peuvent s'étendre vers l'orifice préputial, le rendre chondroïde et inextensible, d'où un phimosis. Ces chancres de la rainure deviennent assez souvent ulcéreux par suite d'infections secondaires et du contact de l'urine.

Les *chancres du filet* peuvent siéger sur les fossettes latérales du frein où ils forment une érosion minime à induration peu perceptible ; parfois ils offrent l'aspect dit en feuillet de livre. Quand il siègent sur le bord libre, ils sont d'ordinaire fissurés.

Les *chancres du méat* uréthral siègent soit à la partie inférieure du conduit où ils forment une érosion à concavité supérieure, soit sur une des parois latérales où ils forment une érosion verticale d'un rouge sombre nettement indurée. On doit se défier des suintements uréthraux peu abondants de l'homme : ils sont assez souvent symptomatiques d'un chancre du méat, ou mieux d'un *chancre de l'urèthre* situé d'ordinaire vers la fosse naviculaire, et que le palper permet de découvrir.

Chez la femme le *chancre de la grande lèvre* est peut-être le plus commun : il est d'ordinaire assez volumineux, simplement érosif, parfois ulcéreux, dans quelques cas croûtelleux quand il siège vers les régions externes, rouge, hémorragique ou diphtéroïde quand il siège en dedans. Il s'accompagne fort souvent d'un œdème dur pathognomonique.

Les *chancres des petites lèvres* sont aussi très fréquents : ils sont d'ordinaire assez petits, parcheminés ou papyracés ; parfois ils s'accompagnent d'un œdème dur de la petite lèvre qui est doublée ou triplée de volume, rouge, rigide, indurée.

Les *chancres de la fourchette* sont érosifs et peu indurés.

Les *chancres du clitoris* sont assez fréquents : ils sont érosifs et s'accompagnent d'une tuméfaction œdémateuse souvent considérable du capuchon, symptôme assez caractéristique et qui doit faire rechercher l'érosion chancreuse.

Le *chancre du col de l'utérus* est plus fréquent qu'on ne le pense ; il est d'ordinaire unique et siège soit sur la lèvre antérieure, soit et plus souvent sur la lèvre postérieure; il peut circonscrire l'orifice du col d'une sorte de croissant ou même d'anneau. Il est arrondi, ovalaire, ou en demi-cercle : parfois il en existe deux. Sa surface est lisse, unie, d'un rouge vif, plus rarement d'un gris lardacé; il paraît être presque toujours surélevé, papuleux; cependant nous en avons observé d'ulcéreux et qui simulaient l'épithéliome à s'y méprendre. Il est possible dans quelques cas de percevoir une induration assez nette par le toucher. Il semble évoluer assez rapidement.

Fig. 130. — Chancre syphilitique de la lèvre antérieure du col de l'utérus.

Les *chancres de l'urèthre* chez la femme siègent au méat : ils sont caractérisés par la tuméfaction, la rougeur, l'induration de l'orifice : ils se cicatrisent assez lentement.

Les *chancres du vagin* sont très rares : nous n'en avons jamais observé, mais ils existent.

Chancres extra-génitaux. — D'après A. Fournier, voici l'ordre de fréquence des chancres extra-génitaux :

1° *La région céphalique* qui en fournit environ les trois quarts : parmi eux ce sont les *chancres de la bouche* qui sont les plus fréquents ; puis viennent ceux *du menton, des joues, de l'œil, du nez, du front, du cuir chevelu.* (Sur 849 chancres céphaliques, A. Fournier en a relevé 567 à la bouche.)

2° *Le membre supérieur* où ils siègent *au doigt* et à la *région deltoïdienne* (*chancre vaccinal*) ;

3° *L'anus ;*

4° *Le sein ;*

5° *Le tronc ;*

6° *Le membre inférieur ;*

7° *La région cervicale.*

D'après A. Fournier on observerait environ un chancre extra-génital pour huit ou neuf chancres génitaux. Cette proportion est beaucoup plus forte que celle qui résulte de notre observation personnelle.

Chancres des lèvres. — Ce sont les plus fréquents des chancres extra-génitaux : ils sont d'ordinaire uniques. Ils semblent siéger un peu plus souvent sur la lèvre inférieure que sur la supérieure : presque toujours ils sont situés sur la face externe ou cutanée de la lèvre et empiètent en dedans sur la face interne ou muqueuse ; mais ils peuvent aussi siéger entièrement soit sur la face cutanée, soit sur la face muqueuse. Leur partie externe est recouverte d'une croûte noirâtre assez épaisse ; leur partie interne est lisse, nette. D'ailleurs on peut observer en cette région toutes les variétés au point de vue objectif ; *chancres nains* que l'on confond avec une érosion vulgaire, *chancres papulo-croûteux, hypertrophiques, hypertrophiques*

et ulcéreux simulant une tumeur maligne. Ce chancre s'accompagne toujours d'une adénopathie sous-maxillaire très volumineuse, souvent formée de plusieurs gan-

Fig. 131. — Chancre syphilitique de la lèvre supérieure avec grosse adénopathie sous-maxillaire directe.

glions constituant une masse empâtée d'aspect inflammatoire. *Ces adénopathies monstres des chancres extra-génitaux sont pathognomoniques.*

Chancres de la langue. — Ils siègent presque toujours vers la partie antérieure de la face dorsale de la langue au niveau de la pointe, plus rarement vers les bords. Ils affectent le plus souvent la forme d'une érosion arrondie ou ovalaire, d'un rouge sombre ou recouverte d'une fausse membrane grisâtre, à base parcheminée. Parfois cependant ils ont le type ulcéreux ou papulo-érosif. L'adénopathie siège soit à l'angle de la mâchoire, soit à la région sus-hyoïdienne.

Chancre de l'amygdale. — Il est caractérisé par un mal de gorge sourd, persistant, unilatéral, qui s'accompagne d'une adénopathie rétromaxillaire extrêmement volumineuse. L'aspect de l'ulcération est presque toujours diphthéroïde. « L'amygdale est tuméfiée, saillante, convertie en un plateau recouvert d'une couche pseudo-membraneuse, plus ou moins épaisse, grisâtre, lardacée... le toucher de l'amygdale donne la sensation d'une tumeur de dureté très accusée, ligneuse, pierreuse. » (Du Castel). D'ailleurs le chancre amygdalien peut être simplement érosif, ou ulcéreux, ou gangréneux.

Chancre de la gencive. — Il forme une exulcération semi-lunaire tout autour de la sertissure d'une ou de plusieurs dents : elle est rouge, ou grisâtre si elle est recouverte d'une fausse membrane.

Le *chancre du menton* est souvent très volumineux chez l'homme : c'est une des localisations du chancre-fumeur.

Les *chancres des paupières, du bord ciliaire, de la conjonctive, du visage, du nez, du cuir chevelu* ne présentent rien de bien spécial.

Il en est de même pour la plupart des *chancres des membres et du tronc* ; mais ces derniers, et surtout ceux de l'abdomen, peuvent atteindre d'énormes dimensions, jusqu'à 6 à 7 centimètres de grand diamètre.

Comme formes spéciales, A. Fournier signale :

a) *Aux doigts.* — Le *chancre périunguéal* qui prend en arrière de l'ongle une

forme semi-lunaire, sur les parties latérales la forme d'un haricot : il peut être fort douloureux.

Le *chancre panaris* que caractérise une ulcération creuse, déprimée, anfractueuse, à bords boursouflés, entaillés, déchiquetés, à fond grisâtre, sanieux, parfois semé de points sphacéliques ; il repose sur des tissus tuméfiés, infiltrés, d'un rouge sombre ; il est fort douloureux, et peut durer plusieurs mois.

Le *chancre fongueux* qui est caractérisé par un bourgeonnement de l'ulcération :

Fig. 132. — Chancre syphilitique de la main, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Fig. 133. — Chancre syphilitique double du médius de la main droite : un chancre s'est développé tout autour de l'ongle en périonyxis ; l'autre sur la partie latérale de l'extrémité du doigt.

elle se recouvre de végétations exubérantes, mollasses, rouges ou livides (Taylor).

(Les adénopathies des chancres des doigts se trouvent aux régions épitrochléennes ou axillaires.)

b) *Au sein.* — Le *chancre fissuraire* qui forme une bande érosive ou ulcéreuse autour du mamelon, et figure un croissant.

Les *chancres confluents ou herpétiformes* que caractérisent leur multiplicité, leur petitesse, leur superficialité.

(Nous avons observé des chancres du sein extrêmement douloureux.)

c) *A l'anus.* — Le *chancre en feuillets de livre* qui est allongé dans le sens des plis de l'anus : se développant latéralement sur les deux parois d'un de ces plis, l'exulcération forme une feuille pliée par le milieu (fond du pli) dont les deux parties s'accolent l'une à l'autre dans la position normale de la région. Ce chancre peut provoquer des douleurs pendant la défécation. Sa durée est de un mois et demi à trois mois.

Le *chancre du rectum* passe pour ainsi dire toujours inaperçu : il affecte le type érosif classique.

Diagnostic du chancre syphilitique. — Dans les cas typiques, le diagnostic du chancre induré est facile : il est basé sur les éléments suivants :

1° *Son aspect* : les caractères superficiels et la régularité de l'ulcération ;
2° L'*induration sous-jacente ;*
3° Le *peu de suppuration ;*
4° L'*indolence de la plaie ;*
5° Les *adénopathies multiples indolentes ;*
6° L'*évolution* ;

7° Depuis la découverte de Schaudinn et Hoffmann la *présence du treponema pallidum* dans l'exulcération semble être une preuve de sa nature syphilitique ; mais dans l'état actuel de la science on ne peut déclarer que la lésion n'est pas syphilitique si l'examen bactériologique ne permet pas d'y déceler ce microorganisme.

Dans les cas douteux on peut en outre faire appel à un autre élément de diagnostic : *les commémoratifs* et *l'examen de la personne suspectée* d'avoir contaminé le malade.

Nous le répétons, dans les cas typiques rien n'est plus facile que de reconnaître un chancre induré. Inversement rien n'est plus difficile dans les cas douteux. Les progrès de la bactériologie permettront sans doute bientôt de résoudre rapidement et sûrement ce problème. Jusqu'à présent il y a dans la pratique des cas assez nombreux où l'on est obligé d'attendre l'évolution ultérieure de l'ulcération ou même l'apparition des accidents secondaires pour porter un diagnostic définitif.

Au début, le chancre induré peut être confondu avec :

Une simple ulcération traumatique :

L'ulcération traumatique est d'ordinaire plus irrégulière, non indurée, et ne s'accompagne pas des adénopathies caractéristiques (les chancres du filet sont ceux qui donnent le plus souvent lieu à ces erreurs).

Un élément d'herpès. — L'herpès est rarement constitué par une seule vésicule, puis par une seule érosion : il revêt d'ordinaire l'aspect d'une série de lésions élémentaires groupées, autour desquelles peuvent se voir des lésions élémentaires aberrantes. Il en résulte des érosions multiples, arrondies, souvent *polycycliques* et *microcycliques*, sans induration sous-jacente, assez douloureuses, ne s'accompagnant pas d'adénopathie. En les exprimant entre le pouce et l'index, on en fait sourdre presque constamment de la sérosité (signe de l'expression du suc de Leloir).

Les difficultés du diagnostic différentiel entre l'herpès et le chancre induré résultent :

a) De ce que l'herpès a été cautérisé avec une substance caustique quelconque, en particulier avec du nitrate d'argent, ce qui provoque souvent l'apparition d'une induration sous-jacente : d'où le précepte absolu de ne jamais cautériser une ulcération génitale avant que le diagnostic n'ait été définitivement posé : dans ce cas, lorsque l'ulcération est unique et que les autres symptômes caractéristiques de l'herpès font défaut, il convient d'attendre pour se prononcer que les effets de la cautérisation aient disparu, ou que les adénopathies pathognomoniques du chancre induré se soient développées.

b) De ce qu'il s'agit d'un herpès solitaire, ulcéreux, qui dure de deux à quatre semaines et qui simule tout à fait le chancre nain, surtout lorsqu'il a été cautérisé ; cependant il ne s'accompagne d'ordinaire que d'une adénopathie peu accentuée, inflammatoire, et il est bien rare qu'il n'y ait pas d'autres éléments herpétiques en un point quelconque des organes génitaux, sur les grandes ou les petites lèvres chez la femme, dans le sillon glando-préputial chez l'homme.

c) De ce que l'herpès n'a été qu'un accident prémonitoire de l'apparition du chancre induré lequel se développe peu à peu au milieu des érosions herpétiques ; on les voit alors changer d'aspect, s'indurer, en même temps que surviennent les adénopathies caractéristiques.

Le chancre simple. — Il est rare que le diagnostic différentiel entre le chancre simple et le chancre induré soit insoluble.

L'examen bactériologique qui montre dans un cas pour ainsi dire toujours le streptobacille de Ducrey, dans l'autre parfois le treponema pallidum de Schaudinn, permettra de résoudre la difficulté quand l'aspect clinique laisse subsister un doute. Cet examen remplace à l'heure actuelle l'inoculation que l'on faisait autrefois à la face externe et supérieure de la cuisse, ou du bras du malade, et qui tranchait la question dans les quarante-huit heures, en donnant des résultats positifs dans le cas de chancre simple. On pourrait avoir encore recours à ce procédé s'il était impossible de pratiquer l'examen bactériologique.

Dans la majorité des cas, le chancre simple est facile à distinguer d'emblée du chancre syphilitique : ses bords sont taillés à pic; son fond est irrégulier, sanieux, baigné de pus; sa base n'est pas indurée; son adénopathie, quand elle existe, est inflammatoire. Son inoculation est de vingt-quatre à quarante-huit heures à peine.

Les difficultés du diagnostic peuvent tenir :

a) Soit à ce que le chancre syphilitique n'est pas induré : mais les autres caractères que nous avons énumérés suffisent pour mettre en garde le praticien;

b) Soit à ce que le chancre simple fortement cautérisé s'est induré, il faut alors également tenir compte des autres éléments du problème;

c) Soit à ce qu'il s'agit d'un chancre mixte (voir ce que nous en disons plus haut).

Le syphilome chancriforme des organes génitaux. — Il n'est pas rare de voir se développer chez certains sujets aux parties génitales, plus rarement aux lèvres, et surtout dans le courant de la troisième, de la quatrième et de la cinquième année de la syphilis, assez fréquemment vers le point même où s'est produit l'accident primitif, une lésion caractérisée par une induration nodulaire considérable et par une exulcération superficielle, analogue à celle du chancre syphilitique; la plaie est assez souvent plus profonde, et revêt les caractères d'une ulcération. Dans quelques cas, mais c'est l'exception, on peut observer une adénopathie directe, mais toujours peu accentuée, à caractères inflammatoires, et seulement lorsque l'érosion a été irritée ou infectée : il est en effet de règle que cet accident ne s'accompagne pas de bubon. Or c'est là le caractère majeur qui permet de le distinguer d'emblée du chancre initial, et de ne pas conclure à une réinfection syphilitique. Dans les cas tout à fait douteux, on ne devra se prononcer pour cette réinfection que si l'on voit survenir d'incontestables accidents secondaires.

D'une manière générale le syphilome chancriforme est plus nodulaire, plus « gomme » que le chancre induré typique.

Il n'est guère possible de confondre le chancre induré avec la *balanite érosive circinée de Berdal et Bataille* dont les érosions sont multiples même dès le début, paraissent sans incubation, sont extrêmement superficielles, circulaires, polycycliques et macrocycliques, à fond rouge vif, sécrètent beaucoup de pus, ne sont pas indurées, ne s'accompagnent pas d'adénopathie, et guérissent rapidement par des badigeons avec une solution de nitrate d'argent.

L'*ecthyma galeux chancriforme* du fourreau de la verge est d'ordinaire multiple; c'est une lésion arrondie ou ovalaire d'un rouge assez vif, à centre recouvert d'une croûte qui repose sur une exulcération baignée d'un peu de pus ; il n'y a d'ordinaire ni induration de la base, ni adénopathie indolente : la coexistence de la gale devra faire émettre des doutes sur la nature syphilitique d'une semblable lésion.

Les *furoncles des organes génitaux* se distinguent du chancre syphilitique par

les douleurs qui les accompagnent, par leur forme acuminée, leur suppuration, leur bourbillon.

Les *épithéliomes* des organes génitaux, des lèvres, du nez, des paupières, etc... ont pu être pris pour des chancres indurés et inversement ; le diagnostic se fait surtout par la durée, par l'évolution, par l'aspect des bords qui est beaucoup plus nodulaire dans l'épithéliome, par les caractères de l'ulcération qui est beaucoup plus anfractueuse.

Les *diverses manifestations cutanées de la tuberculose* en diffèrent également par la lenteur de leur évolution.

Chancres cachés. — Le diagnostic du chancre syphilitique de l'urèthre et celui du chancre sous-préputial quand il y a phimosis étroit peuvent présenter de réelles difficultés.

Le *chancre syphilitique intra-uréthral* se distingue de la *blennorragie* par le peu d'abondance de l'écoulement qui est séreux ou séro-sanguinolent, par le peu de douleur que provoque la pression de l'urèthre, par la sensation d'induration cartilagineuse limitée que l'on éprouve vers la fosse naviculaire ou vers le méat, par la présence d'adénopathies polyganglionnaires siégeant aux deux plis des aines, par l'absence de gonocoques dans l'écoulement : mais le diagnostic devient des plus ardus quand il y a à la fois chancre syphilitique de l'urèthre et blennorragie.

Le *chancre syphilitique sous-préputial avec phimosis* se caractérise par un écoulement peu abondant, par une infiltration d'un rouge sombre du prépuce qui est fort tuméfié, induré, quasi-ligneux, et à travers lequel on peut percevoir assez fréquemment une induration transversale siégeant au niveau du chancre. La présence d'une adénopathie inguinale indolente caractéristique doit faire porter le diagnostic de chancre syphilitique. Cependant, dans les cas douteux, il est prudent d'attendre l'explosion des accidents secondaires pour instituer le traitement. Le *chancre simple sous-préputial* s'en distingue par un écoulement fort abondant, mal lié, sanguinolent, par une rougeur vive avec tuméfaction molle du prépuce, par l'existence de douleurs, par l'auto-inoculabilité du pus. L'*herpès sous-préputial* s'en distingue par une tuméfaction moindre du prépuce, par l'existence de phénomènes douloureux, par l'absence habituelle d'adénopathies, par la rapidité de l'évolution. Les *végétations sous-préputiales* s'en distinguent par la plus grande longueur de leur évolution, par leur mollesse et la sensation de corps étranger qu'elles donnent au toucher.

Pronostic de la syphilis d'après l'aspect et la localisation du chancre. — Bassereau a posé en principe (*Loi de concordance de Bassereau*) que les chancres bénins sont suivis d'éruptions syphilitiques bénignes, que les chancres phagédéniques donnent lieu à des syphilides ulcéreuses graves, à des exostoses suppurées, etc... Cette loi est vraie d'une manière générale, mais non absolue, pour la période dite secondaire de la syphilis. Elle est fausse pour les échéances tardives de la maladie, et surtout pour les accidents parasyphilitiques qui sont fréquents chez les sujets qui ont eu des syphilis bénignes et qui se sont mal soignés.

A. Fournier soutient que les chancres extra-génitaux ne sont pas suivis d'accidents plus graves que les autres ; de nombreux auteurs ont émis l'opinion inverse. Il nous a paru que les chancres extra-génitaux étaient souvent suivis d'éruptions secondaires intenses.

II. — PÉRIODE DITE SECONDAIRE

Caractères généraux. — Dans la majorité des cas les accidents secondaires ne font leur apparition que de cinq à sept semaines après le début du chancre : cette limite peut varier entre quinze jours et deux mois et demi. La durée de cette période est approximativement fixée par la plupart des auteurs à deux ou trois ans. Mais il est fort possible de voir les accidents secondaires faire totalement défaut, de les voir se borner à une éruption roséolique assez fugace, de les voir au contraire se reproduire avec une incessante ténacité pendant de longs mois, et même pendant des années. On en a signalé d'incontestables six, huit, dix ans, et même plus, après le chancre (voir A. Fournier ; syphilis secondaire tardive, 1906).

Les accidents syphilitiques dits secondaires sont des plus multiples et des plus divers ; leurs caractères communs sont, comme nous l'avons dit plus haut, d'être superficiels, et surtout disséminés ; ils guérissent d'ordinaire avec une facilité relative, mais il y a des exceptions. Ils peuvent atteindre les divers systèmes et les divers organes de l'économie, provoquer des douleurs (céphalalgies, douleurs ostéocopes) dont le grand caractère est d'être nocturnes, du malaise général, de la courbature, de l'inappétence, de l'anémie profonde, des troubles nerveux qui semblent se rattacher à une sorte d'état neurasthénique, parfois de la fièvre, et enfin produire des lésions appréciables du côté de la peau, des muqueuses, du système lymphatique et sanguin (phlébites), de l'œil, du larynx, de l'appareil respiratoire, de l'oreille, du système locomoteur, des organes génitaux, de l'appareil digestif et de ses annexes (foie et rate). Nous n'avons ici qu'à passer en revue les accidents cutanés.

ÉRUPTIONS SYPHILITIQUES SECONDAIRES

Les éruptions syphilitiques de la période secondaire peuvent se faire du côté de la peau et des muqueuses.

Les divers auteurs (et nous ne saurions trop conseiller nos lecteurs de suivre pour toute cette question de la syphilis l'excellent petit traité de Berdal) leur assignent comme caractères communs : *leur production sans que l'on observe le moindre phénomène fébrile*, du moins dans la majorité des cas, car la fièvre syphilitique de la période secondaire, quoique très rare, existe cependant ; *la lenteur de leur évolution, l'absence d'inflammation locale*, c'est-à-dire de réaction érythémateuse vive et de douleur, *l'absence presque constante de prurit*, quoique les nerveux, les intoxiqués par le thé ou par le café, etc... puissent avoir des éruptions prurigineuses, leur *coloration spéciale* qui est d'ordinaire d'un rouge jaunâtre ou brunâtre, parfois cuivreuse, leur *superficialité, leur bénignité, leur généralisation* ou pour mieux dire leur *dissémination sans aucune systématisation précise*, leur *polymorphisme*, enfin leur *disparition rapide sous l'influence de la médication hydrargyrique*.

On groupe habituellement de la manière suivante les *syphilides secondaires cutanées :*

1° *Éruptions érythémateuses ou maculeuses ;*
2° *Éruptions papuleuses ;*
3° *Éruptions ulcéreuses ;*

4° *Troubles de la pigmentation normale de la peau;*
5° *Lésions des annexes de l'épiderme, poils et ongles.*

1° Éruptions érythémateuses ou maculeuses. — Ce groupe est constitué par la forme éruptive à laquelle on donne le nom de *roséole*.

Symptômes. — La *roséole spécifique* consiste essentiellement en des taches d'un rose clair, parfois d'un rose un peu foncé, parfois d'un rose un peu bistre, de

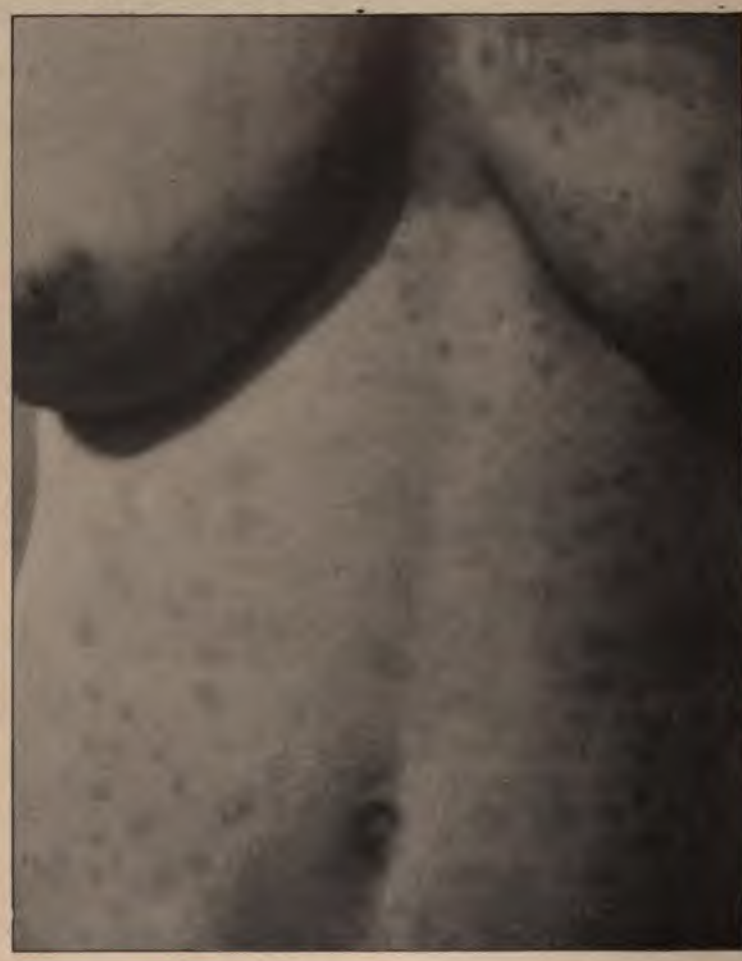


Fig. 134. — Roséole syphilitique forme vulgaire.

dimensions variables, à limites peu nettes, s'effaçant complètement ou presque complètement par la pression du doigt ou par la distension des téguments.

On doit distinguer deux grandes variétés de roséoles : *a*) Les *roséoles secondaires typiques* qui sont disséminées çà et là sans ordre aucun, sans aucune systématisation, qui ont leur maximum d'intensité sur le tronc, en particulier sur les parties latérales, où on doit les rechercher au début, et où elles forment souvent des traînées parallèles allant de haut en bas, d'arrière en avant, de la colonne vertébrale vers la partie antérieure du tronc suivant une direction presque parallèle à celle

des côtes, peut-être encore plus inclinée : elles couvrent aussi le cou, les membres, d'un semis plus ou moins serré, plus ou moins lâche et apparent, de taches rosées ou d'un fauve pâle. Ce sont des éruptions du début de la période secondaire : elles précèdent d'ordinaire toutes les autres manifestations de l'infection générale de l'économie par la syphilis ; parfois cependant elles se produisent de nouveau du sixième au douzième mois de l'infection, et elles portent alors le nom caractéristique de *roséoles de retour*

b) Les *roséoles circinées* qui surviennent rarement avant la deuxième année de

Fig. 135. — Roséole syphilitique en voie de transformation papuleuse par places. Vers les parties latérales du tronc on voit nettement les taches roséoliques se grouper de manière à former des sortes de bandes obliques en bas et en avant de telle sorte qu'elles dessinent des courbes à concavité antéro-supérieure.

l'infection et qui se manifestent parfois beaucoup plus tard, pendant la huitième, la dixième année, etc... de la syphilis.

A. Roséoles secondaires typiques. — Nous avons déjà dit quelle est leur physionomie générale. Elles offrent de grandes variétés, mais elles présentent toujours ces deux caractères majeurs : d'être indolentes, non prurigineuses, et de ne jamais être squameuses.

Tantôt la roséole syphilitique est constituée par de toutes petites taches d'un rose pâle à peine marquées, (il faut se servir parfois du verre de cobalt pour les apercevoir), à bords diffus, de la dimension moyenne d'une lentille, mais pouvant

faire quand on les regarde obliquement une fort légère saillie, et s'effaçant totalement par la distension des téguments; l'éruption siège dans ce cas pour ainsi dire toujours sur les parties latérales du tronc.

Tantôt elle est constituée par des taches d'un rose assez vif, qui tire parfois vers le rouge, plus souvent vers le bistre, à bords toujours un peu flous, mais en somme assez distincts, de dimensions variant de l'ongle du petit doigt à l'ongle du pouce, plus foncées d'ordinaire au centre, ne disparaissant souvent qu'assez incomplètement par la pression du doigt, faisant une certaine saillie au-dessus du

Fig. 136. — Roséole syphilitique à grands éléments sur le corps : vers les lombes, papules syphilitiques.

niveau des téguments, saillie qu'on ne perçoit bien qu'en les regardant obliquement, mais qui est parfois assez accentuée pour être directement perceptible (forme ortiée) : elles peuvent ne siéger que sur le tronc, mais elles peuvent aussi couvrir toute l'étendue des téguments, les cribler en quelque sorte; elles sont même si nombreuses dans certains cas qu'elles donnent l'impression d'une éruption cohérente. Il arrive assez fréquemment dans ces variétés que les macules roséoliques soient piquetées de taches péripilaires plus foncées de la grosseur d'une tête d'épingle. (*Roséole piquetée ou granuleuse de Fournier.*)

Entre ces deux types de roséole presque avortée et de roséole intense se voient tous les intermédiaires.

Dans quelques cas les taches roséoliques ont un aspect vaguement circiné : leur centre est plus pâle que les bords. Cette sous-variété établit un trait d'union entre les roséoles secondaires proprement dites et les roséoles circinées.

Les *roséoles de retour* offrent assez souvent cet aspect : elles sont habituellement discrètes, et leurs éléments sont étalés.

La roséole secondaire évolue d'ordinaire avec une certaine lenteur. Elle apparaît d'une manière insidieuse; rien ne vient avertir le malade de son existence : elle met de huit à quinze jours à atteindre son développement; elle persiste pendant un laps de temps fort variable suivant les cas et surtout suivant la médication suivie. Puis peu à peu elle pâlit, ou devient fauve, et finit par disparaître.

Assez souvent aussi au centre de ses éléments on voit se former progressivement une saillie papuleuse, bientôt papulo-squameuse : c'est la *syphilide papulo-squameuse* qui se développe sur la roséole. (*Roséole papulo-squameuse*.)

B. Roséoles circinées. — Les roséoles circinées sont caractérisées par des cercles plus ou moins réguliers, parfois polycycliques par confluence d'éléments voisins, parfois ovalaires (*Roséole ovalaire*), à centre en apparence sain, à bordure formée par un ruban de 2 à 5 millimètres et plus de largeur constitué par de la rougeur rosée, un peu bistre, s'effaçant totalement ou en grande

Fig. 137. — Roséole syphilitique circinée tertiaire de l'avant-bras.

Fig. 138. — Roséole syphilitique circinée tertiaire de la cuisse.

partie par la pression du doigt ou par la distension des téguments. Il n'y a jamais de desquamation, jamais de prurit, ni de douleur spontanée.

Ce sont des accidents plutôt tardifs, et essentiellement récidivants (*Roséoles récidivantes* d'A. Fournier). On les observe surtout dans le courant de la deuxième et de la troisième années. Les éléments sont presque toujours assez peu nombreux : leurs sièges d'élection sont les avant-bras, puis les bras, les jambes, les cuisses, la partie inférieure du tronc.

A mesure que l'on avance dans l'évolution de la syphilis, les éléments des roséoles circinées deviennent de plus en plus rares et de plus en plus grands; et l'on arrive ainsi progressivement jusqu'aux *roséoles dites tertiaires* (érythèmes tertiaires de A. Fournier) qui siègent surtout sur le tronc et qui sont caractérisées par une ou

plusieurs plaques polycycliques de plusieurs centimètres de diamètre, indolentes, lisses (sans squames), rosées, s'effaçant par la pression du doigt, et disparaissant uniquement par le traitement mercuriel. Ces caractères distinctifs nous dispensent d'insister sur leur diagnostic différentiel.

Diagnostic. — Nous serons d'ailleurs très bref sur le diagnostic général des roséoles syphilitiques.

On ne saurait les confondre, quand on en a vu, avec une quelconque des fièvres éruptives connues.

Elles diffèrent des *roséoles médicamenteuses* (cubèbe, copahu, chloral, antipyrine, etc...), par leur couleur moins rouge vif, par leur évolution plus lente, par l'absence de prurit, par les commémoratifs : cependant, en cas de doute, lorsqu'il n'y a pas d'antécédent de chancre net, il convient de se défier et d'attendre l'évolution de l'éruption et l'apparition d'autres accidents pathognomoniques (syphilides papulo-érosives ou opalines des muqueuses, papulo-squames cutanées, etc...)

Elles diffèrent du *pityriasis rosé de Gibert* et des *parakératoses psoriasiformes disséminées* par leur couleur, *par l'absence de squames.*

2° Éruptions papuleuses. — Les *syphilides papuleuses* constituent un groupe considérable. Ce sont des manifestations extrêmement fréquentes de l'infection spécifique. Elles peuvent apparaître d'emblée quelques semaines après le début du chancre : il est plus fréquent de ne les voir se développer qu'après la roséole.

D'après leur aspect et leur anatomie pathologique, on les divise en deux grands groupes :

I. *Les papules superficielles aplaties ;*

II. *Les papules péripilaires ou acnéiformes ou profondes.*

I. ***Papules superficielles aplaties.*** — Elles doivent être subdivisées en plusieurs groupes secondaires pour la précision de la description : nous distinguerons tout d'abord :

A. *Les papules disséminées* ; B. *Les papules groupées* ou pour mieux dire *circinées.*

A. Les papules superficielles aplaties disséminées se présentent sous plusieurs aspects : les principaux sont les suivants :

a) *Papules superficielles disséminées squameuses* ou *syphilides papulo-squameuses typiques.*

Symptômes. — C'est de beaucoup la plus fréquente des éruptions papuleuses de la syphilis. C'est elle qui survient immédiatement après la roséole, souvent même avec elle, et au milieu des macules roséoliques (*Roseole papuleuse*). Elle peut envahir toute l'étendue des téguments, et, bien que son siège d'élection soit le tronc, la face peut ne pas être respectée : elle est même dans quelques cas assez fortement envahie pour que la physionomie du malade prenne un aspect qui rappelle de loin celui de la lèpre tuberculeuse (*Leontiasis syphilitique*).

La lésion élémentaire typique de la syphilide papulo-squameuse est une papule aplatie à bords assez nettement arrêtés, géométriquement arrondie, plus rarement ovalaire, dont les dimensions varient de 3 millimètres (*Syphilide papulo-squameuse à petits éléments*) à 1 centimètre de diamètre (*Syphilide papulo-squameuse à grands éléments*). Elle donne à peu près l'impression d'une lentille qui serait posée

sur la peau. Sa couleur varie du rose pâle un peu bistre, au rouge cuivré, au rouge sombre un peu brunâtre. Cette teinte ne disparaît qu'incomplètement par la pression du doigt. La saillie qu'elle fait au-dessus du niveau des téguments est assez variable suivant les cas : elle est d'ordinaire de un demi-millimètre à 1 millimètre ; dans quelques cas elle est beaucoup plus considérable : les éléments prennent alors un grand développement, en même temps que se fonce leur couleur : on a donné à cette variété le nom mauvais de *syphilide papulo-tuberculeuse;* c'est le nom de *syphilide papuleuse géante* qui lui convient.

Fig. 139. — Syphilides papulo-squameuses de la face et du cou.

La papule de la syphilide papulo-squameuse donne au toucher une sensation nette d'infiltration des couches supérieures du derme : elle est franchement néoplasique.

Elle est recouverte au début d'une mince squame sèche qui se détache bientôt, et qui laisse une surface lisse, presque brillante au centre; à la périphérie existe fort souvent une collerette épidermique fine, blanche et sèche, vestige périphérique de la lamelle épidermique qui a desquamé : c'est ce que l'on appelle la *collerette de Biett*. Ces caractères de la squame sont assez pathognomoniques de la syphilis quand ils existent.

Malheureusement ils ne sont pas toujours aussi nets. La papule syphilitique peut en effet dans certains cas être recouverte de squames sèches, blanches, nacrées, stratifiées, analogues à celles des psoriasis. C'est la variété à laquelle on a donné le nom de *Syphilides psoriasiformes*. Il est rare cependant que, par le grattage doux des squames pratiqué avec l'ongle, on arrive avec la même netteté et la même facilité que dans le psoriasis sur la surface rouge lisse et luisante parsemée d'un piqueté hémorragique qui est située sous les squames du psoriasis typique.

La syphilide papulo-squameuse est, avons-nous dit, disséminée çà et là sans ordre sur toute l'étendue des téguments. Les éléments ne sont pas toujours égaux entre eux : il est fréquent d'en trouver de minuscules, à côté de moyens, ou de géants : ils peuvent avoir sur le même sujet au même moment des degrés divers d'évolution. D'une manière générale cependant une éruption de syphilide papulo-squameuse est : ou bien *légère* (éléments peu volumineux, peu colorés, peu saillants, existant sur le tronc et un peu sur les membres); ou bien *moyenne* (éléments peu volumineux et de volume moyen, nettement colorés, en assez grande quantité sur le corps et sur les membres, très discrets sur la figure, à la paume des mains et à la plante des pieds), ou bien *intense* (éléments de moyen et de gros volume, très colorés, criblant toute l'étendue des téguments) (Léontiasis syphilitique).

Après une évolution de durée très variable suivant les cas et suivant le traitement suivi, — de trois semaines à plusieurs mois, — la syphilide papulo-squameuse s'affaisse peu à peu, pâlit, et finit par disparaître sans laisser après elle la moindre

trace, sauf dans les cas extrêmement rares où il se développe après elle la lésion atrophique des téguments que l'on a appelée les *vergetures atrophiques* (voir ce mot).

Aspects spéciaux de la syphilide papulo-squameuse. — *A la paume des mains et à la plante des pieds*, les syphilides papulo-squameuses ont un aspect bien spécial et qui est pour ainsi dire pathognomonique de la syphilis. Elles y sont bilatérales dans l'immense majorité des cas. Elles s'y présentent sous la forme d'élé-

Fig. 140. — Syphilides papulo-squameuses de la face palmaire de la main et des doigts.

ments arrondis ou ovalaires de 3 à 12 millimètres de grand diamètre, d'un rouge bistre, fort pâle, parfois même non colorés, et au niveau desquels l'épiderme corné est tombé et comme détaché à l'emporte-pièce, ou bien est en desquamation, et alors a une coloration d'un blanc nacré sale.

On peut observer aussi en ces régions outre ce type qui constitue le *type lenticulaire*, le *type circiné* qui résulte de la confluence de papules isolées se groupant en arc de cercle, ou de papules fusionnées constituant des rubans papuleux (voir plus loin les syphilides circinées), le *type en nappe* qui consiste en plaques de 2 à 4 centimètres de diamètre irrégulières de contours, d'un rouge sombre, desquamées, rugueuses, entourées d'une collerette d'épiderme soulevé, le *type corné* dans lequel la papule syphilitique est recouverte d'une épaisse couche cornée lenticulaire s'enfonçant dans la peau : à cette forme se relie le *clavus syphiliticus* de

Lewin qui siège surtout vers la face palmaire des troisièmes phalanges et qui est un accident tardif.

Vers les plis articulaires, les aisselles, et surtout *les aines, le pli interfessier, le sillon naso-génien, le scrotum, le dessous de la verge, le nombril, les grandes et les petites lèvres,* les papules de la syphilide papulo-squameuse sont macérées par la sueur, par les divers liquides irritants de l'économie et perdent leurs caractères habituels.

Chez les sujets séborrhéiques, elles prennent un développement assez spécial

Fig. 141. — Syphilides papuleuses et papulo-squameuses de la face plantaire des pieds.

vers le sillon naso-génien, le creux axillaire, le nombril, etc... : elles y sont plus nombreuses qu'ailleurs, parfois pressées les unes à côté des autres, et forment une sorte de nappe mamelonnée confluente. Elles sont saillantes, volumineuses, comme succulentes, ont une teinte foncée, et se recouvrent d'un enduit jaunâtre, séborrhéique, gras au toucher, lequel peut se détacher pour faire place à un véritable suintement (*Syphilides séborrhéiques*).

La *syphilide impétigineuse* (A. Fournier) est caractérisée par des papules larges comme une pièce de 20 centimes, étalées, plates, et recouvertes d'une croûte granuleuse, comme boursouflée, en même temps que poreuse, fragile et cassante. Cette croûte est jaunâtre, peu adhérente : il n'y a pas de véritable ulcération au-

dessous d'elle. Elle siège au cuir chevelu, au visage, au front, aux ailes du nez, au sillon mentonnier.

Ceci nous conduit à l'étude des syphilides papuleuses suintantes et végétantes des plis. Aux commissures des lèvres, au pli interfessier, au pourtour de l'anus, vers les plis des organes génitaux, *chez les sujets qui ne prennent pas de soins minutieux de propreté,* l'éruption papuleuse syphilitique se produit avec une intensité et une confluence toutes spéciales : ce sont des saillies papuleuses géantes : elles peuvent être isolées, arrondies ou ovalaires, s'élevant de 2 à 4 millimètres au-dessus du niveau des tissus sains, suintantes, présentant à leur surface des semis blanchâtres et roses en mosaïque : elles peuvent confluer de façon à former des nappes plus ou moins étendues et irrégulières de contour : elles peuvent arriver à constituer d'énormes saillies végétantes, sanieuses d'aspect, suintantes, à surface irrégulière, granuleuse, criblée de points jaunâtres et rougeâtres, dégageant une odeur d'une horrible fétidité. Ce sont les *plaques muqueuses végétantes, hypertrophiques,* des auteurs.

Inversement chez les personnes soigneuses, qui se lavent minutieusement tous les jours, les syphilides papuleuses ne se développent pas plus au niveau des plis que sur les autres points du corps, et, quand elles le font, elles s'y manifestent par des lésions arrondies ou ovalaires lenticulaires à peine saillantes présentant au centre une surface d'un rouge rosé, érodée, légèrement suintante par suite de la macération, et à la périphérie une sorte de collerette d'un rose pâle nettement arrêtée, faisant bordure : (*syphilide papulo-érosive ; plaque muqueuse érosive*).

Diagnostic. — Le diagnostic des syphilides papulo-squameuses est presque toujours facile. Aucune autre affection ne ressemble à une éruption typique de syphilide papulo-squameuse.

Le *léontiasis lépreux* diffère du léontiasis syphilitique par sa couleur plus fauve, par les varicosités qui sillonnent les tubercules lépreux, par les déformations profondes que ces lésions impriment au nez, aux paupières, aux sourcils, aux oreilles, par sa longue évolution, etc...

Les syphilides psoriasiformes diffèrent du *psoriasis* par la moindre épaisseur ordinaire de leurs squames, par l'absence habituelle du signe du coup d'ongle, par la teinte plus bistre de leur rougeur et surtout par l'infiltration plus néoplasique des téguments. Cependant il est parfois bien difficile de faire un diagnostic précis. Nous avons vu le psoriasis produire aux paumes des deux mains des lésions isolées squameuses, absolument analogues aux syphilides palmaires typiques, et aux parties génitales des lésions papuleuses suintantes analogues aux syphilides papulo-érosives. Dans les cas un peu douteux il convient donc de ne pas poser un diagnostic trop précipité.

Le *parapsoriasis en gouttes* se distingue des syphilides papuleuses par l'absence totale d'infiltration dermique, par la longue durée de son éruption.

Le *lichen plan* est souvent pris pour une syphilide papuleuse : cependant cette erreur de diagnostic n'est possible que pour un œil non exercé. La papule minuscule, aplatie, brillante, à contours polygonaux du lichen plan, ne ressemble nullement à la papule lenticulaire arrondie de la syphilis. Quand, par leur confluence, les papules du lichen plan ont formé les lésions éruptives de 5 à 10 millimètres de diamètre que l'on connaît (voir article lichen plan) ces lésions présentent à leur surface des stries blanchâtres qui manquent toujours dans la syphilis. D'ailleurs il est rare que l'éruption du lichen plan ne soit pas très prurigineuse.

b) *Plaques cutanées.* — On a donné le nom de *plaques cutanées* à des lésions assez rares des téguments qui siègent sur le tronc, sur le thorax, sur le cou, qui coexistent assez souvent avec une syphilide papulo-squameuse, et qui sont caractérisées par leur forme arrondie et surtout ovalaire, par leurs dimensions qui atteignent jusqu'à 1 à 2 centimètres dans leur grand diamètre, par leur bordure saillante, assez nettement arrêtée, par la présence en leur centre d'une squame croûteuse adhérente assez volumineuse, d'un jaune brunâtre ou franchement brunâtre, par la lenteur de leur évolution : ces lésions sont toujours discrètes ; on en compte à peine quelques-unes chez un sujet donné. On pourrait, ce nous semble, les ranger avec quelque apparence de raison dans les syphilides ulcéreuses.

Fig. 142. — Plaques cutanées du cou.

Leur diagnostic ne présente pas la moindre difficulté.

c) *Syphilides frambœsiformes.* — Parfois les plaques cutanées et les syphilides impétigineuses végètent, s'élargissent en même temps qu'elles deviennent plus saillantes, et forment de véritables tumeurs mollasses, rouges, suintantes, de 1 à 3 centimètres de diamètre, s'élevant de 4 à 5 millimètres au-dessus du niveau des téguments. Elles sont d'ordinaire isolées. Elles siègent sur le dos, la poitrine, les membres.

d) *Papules superficielles disséminées croûteuses. Syphilides papulo-croûteuses, ou papulo-crustacées.* — Cette variété est beaucoup plus rare que la syphilide papulo-squameuse typique. Elle est aussi beaucoup plus tenace, plus profonde ; on pourrait à la rigueur la ranger dans le deuxième grand groupe, c'est-à-dire dans les syphilides profondes, à côté des syphilides acnéiques.

Symptômes. — Elle est caractérisée par sa dissémination, son apparition à une époque relativement assez tardive de la syphilis, du cinquième au quinzième mois de l'infection ; ses lieux d'élection sont les avant-bras, les bras, le tronc ; ses lésions élémentaires sont des éléments papuleux arrondis ou un peu irréguliers, de 5 à 15 millimètres de diamètre, d'un rouge foncé, livide, faisant une saillie notable au-dessus des téguments ; ils sont recouverts à leur centre par des amas squameux stratifiés, croûtelleux, humides par places, formant des sortes de rochers irréguliers, aplatis ou acuminés, d'un jaune grisâtre, brunâtres, noirâtres même, très durs au toucher et fort adhérents.

Quand on les détache en les ramollissant par un pansement humide, on trouve au-dessous une papule à surface irrégulière, assez fréquemment un peu humide et légèrement suintante.

Leur évolution est fort lente.

Peu à peu spontanément, et plus rapidement sous l'influence d'une médication spécifique, ils s'affaissent, pâlissent, finissent par disparaître en laissant après eux des macules brunâtres qui s'effacent lentement.

B. Papules groupées ou mieux circinées. (*Syphilides papulo-squameuses et papulo-croûteuses secondaires circinées.*

a) Les *syphilides papulo-squameuses circinées secondaires* sont relativement fréquentes. Elles surviennent d'ordinaire du cinquième au quinzième mois de

l'infection. Elles peuvent coexister avec d'autres manifestations cutanées, en particulier avec des syphilides papuleuses disséminées.

Symptômes. — Une des variétés les plus communes est celle que nous désignons sous le nom de *syphilides élégantes de la face*. Elles siègent au menton, vers la lèvre inférieure, vers les commissures des lèvres, autour des narines. Elles forment des cercles d'une orbicularité parfaite qu'on dirait tracés au compas, de 8 millimètres à 2 centimètres de diamètre environ ; par confluence de deux ou trois cercles voisins, elles peuvent donner naissance à des circinations. Ces cercles sont constitués par une bordure de 2 à 3 millimètres de large, composée de petites papulo-

Fig. 143. — Syphilides papulo-croûteuses du dos.

squames aplaties, linéairement rangées les unes à côté des autres, faisant une très légère saillie au-dessus du niveau des téguments. Le bord externe du cercle, qui est le bord externe convexe des papules, est nettement arrêté; le bord interne de la bande papuleuse, qui est le bord interne des papules, est un peu moins bien défini : il l'est cependant, et le centre même du cercle paraît être sain, ou bien est légèrement teinté de bistre. Les squames des papules de la bordure sont fines et sèches. La coloration du cercle papuleux est d'un rose assez pâle, parfois un peu bistre, d'autant plus pâle que les cercles sont moins larges.

A côté de ces syphilides élégantes de la face, nous devons signaler les *syphilides papulo-squameuses circinées psoriasiformes* du cou, des membres et du tronc. Elles constituent des cercles parfois parfaits analogues à ceux des précédentes, d'ordinaire un peu plus grands, formés d'éléments papuleux plus accentués, plus saillants, plus foncés de couleur ; dans quelques cas ces cercles présentent à leur centre géométrique une papulo-squame assez volumineuse, d'un rouge bistre foncé, de telle sorte que l'ensemble de la lésion (papule centrale, cercle sain périphérique,

cercle plus extérieur composé de papulo-squames accolées) figure une cocarde. Parfois les cercles sont moins géométriques, plus grands, figurent des circinations par confluence, et simulent tout à fait par leur aspect général une éruption de

Fig. 144. — Syphilides papuleuses circinées secondaires du cou.

psoriasis circiné. Quand les lésions siègent à la paume des mains et à la plante des pieds la ressemblance est souvent frappante.

Diagnostic. — Elles diffèrent du psoriasis par une infiltration beaucoup plus

Fig. 145. — Syphilides papulo-squameuses circinées à grands cercles de la face.

accentuée des téguments, par une teinte plus bistre ou un peu cuivrée, par des squames d'ordinaire un peu moins stratifiées.

b) Les *syphilides papulo-croûteuses circinées secondaires* sont assez rares. Comme les précédentes, elles peuvent exister seules, ou coïncider avec une éruption de papulo-croûtes disséminées.

On les observe surtout au front, sur le cou, çà et là sur le tronc ou sur les membres. Elles peuvent former des cercles complets, plus fréquemment ce ne sont que des arcs de cercle incomplets.

A la face, elles ont un rayon relativement court, et leur ruban périphérique n'a que peu de largeur : les éléments constitutifs semblent souvent être confondus et l'on ne voit plus qu'une bordure papuleuse d'un rouge plus ou moins vif surmontée d'une croûte d'un brun grisâtre ou noirâtre, irrégulière, bosselée, fort adhérente.

Sur le tronc, elles ont parfois des dimensions plus considérables ; mais leur aspect général est analogue.

Les syphilides circinées dénotent une infection assez ancienne et d'une certaine intensité. Elle évoluent avec lenteur, et ne disparaissent spontanément qu'après une longue durée. Les syphilides circinées papulo-squameuses cèdent assez vite au traitement général, surtout quand on y ajoute une médication locale hydrargyrique. Les syphilides circinées papulo-croûteuses sont un peu plus rebelles.

II. ***Papules syphilitiques périlaires acnéiformes ou profondes.*** — Chez certains malades, l'infiltrat syphilitique se porte avec une sorte de prédilection autour des follicules pileux : il en résulte des éléments papuleux péripilaires acnéiformes lesquels sont, comme les éléments papuleux plats, ou bien disséminés sans aucun ordre, ou bien groupés.

A. Syphilides péripilaires disséminées. — Elles peuvent affecter deux types objectifs : a) *elles sont squameuses sèches* pendant tout le temps de leur évolution : b) *elles sont papulo-pustuleuses et papulo-croûteuses.*

a) *Les syphilides périlaires squameuses* sont assez fréquentes : elles se manifestent d'ordinaire, tout comme les syphilides péripilaires pustuleuses, du sixième au dix-huitième mois de la maladie : ce sont donc des accidents secondaires plutôt un peu tardifs.

Leur siège d'élection est le tronc et surtout le dos, avec maximum vers les lombes, à l'inverse de l'acné vulgaire dont le maximum existe vers la partie supérieure des épaules ; mais elles peuvent occuper aussi les membres.

Elles sont presque toujours fort nombreuses et criblent littéralement les téguments en grains serrés : parfois cependant on n'en trouve que quelques éléments çà et là disséminés.

On en distingue deux variétés principales entre lesquelles existent tous les intermédiaires.

Dans la première variété, la lésion élémentaire est constituée par une véritable papule saillante, acuminée, d'un rouge bistre ou un peu brunâtre ; sa couleur ne s'efface que très imparfaitement par la pression en laissant une teinte jambonnée ou cuivreuse : elle a de 2 à 3 millimètres de diamètre, et fait une saillie de un demi-millimètre à 1 millimètre ; elle est arrondie, péripilaire, c'est-à-dire que son centre est occupé par un follicule pileux très reconnaissable, lequel est bouché par une squame sèche cornée. L'élément rappelle tout à fait une séborrhéide péripilaire volumineuse, ou une papule de pityriasis rubra pilaris, ou mieux encore une acné dont le centre ne suppurerait pas.

Dans la deuxième variété, la lésion élémentaire est beaucoup moins développée : elle est constituée par une toute petite papule minuscule peu saillante, d'un rouge bistre fort pâle, également péripilaire, et portant à son centre une petite squame.

Elle ressemble à un élément avorté de séborrhéide péripilaire. C'est le *lichen syphiliticus* des auteurs (*Syphilide granuleuse, syphilide lichénoïde*).

La *syphilide ponctuée* de Fournier est tellement minuscule qu'on la prendrait, s'il n'y avait pas sa couleur, pour de la chair de poule.

Ces syphilides péripilaires évoluent avec une extrême lenteur. Elles résistent d'une manière tout à fait spéciale à l'action du traitement antisyphilitique. Elles finissent par disparaître graduellement au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois : elles laissent dans certains cas, mais beaucoup moins que la variété

Fig. 146. — Syphilides acnéiques du dos.

suivante, des cicatrices punctiformes déprimées et pigmentées. Elles peuvent récidiver à plusieurs reprises.

b) *Les syphilides péripilaires papulo-pustuleuses* (*syphilides acnéiques vraies ou varioliformes*) constituent une forme relativement grave et d'ordinaire assez tardive d'accidents secondaires. Elles peuvent siéger sur toute l'étendue des téguments avec une certaine prédilection pour les lombes, les bras et les jambes. Elles sont d'ordinaire assez discrètes : cependant elles peuvent cribler les téguments et simuler tout à fait une éruption de variole confluente : cette erreur a été parfois commise : il suffit pour l'éviter de rechercher quelle a été l'évolution de l'affection. Elle est toujours lente et graduelle dans la syphilide acnéique.

La lésion élémentaire est constituée par une papule arrondie, presque toujours assez volumineuse, de 2 à 5 millimètres de diamètre ; elle fait une saillie de un demi-millimètre à 1 millimètre et demi ; sa coloration est d'un rouge sombre un peu brunâtre ; elle est souvent violacée aux membres inférieurs ; elle est assez nette-

ment limitée. Presque dès son début, il se forme à sa partie centrale qu'occupe un follicule pileux, un soulèvement de l'épiderme par de la sérosité jaunâtre purulente. Peu à peu cette collection se dessèche, et il se produit au centre une petite croûtelle d'un jaune brunâtre ou noirâtre, dure, qui s'étend et qui finit par coiffer la papule (papulo-croûte). Au-dessous de cette croûte, si on l'enlève, on trouve une dépression, parfois une ulcération en puits correspondant au follicule pileux. Cette ulcération prend un développement considérable dans certains cas, en particulier aux membres inférieurs où les éléments papulo-pustuleux sont assez fréquemment très volumineux, et offrent à leur centre une véritable fonte des tissus analogue à une petite

Fig. 147. — Syphilides acnéiques des membres inférieurs : quelques-unes présentent une tendance notable à l'ulcération.

gomme. Il en résulte après la cicatrisation qui est toujours longue une cicatrice déprimée, à l'emporte-pièce, indélébile, fort souvent pigmentée en brun noirâtre. Ces faits établissent des transitions entre les formes non-ulcéreuses et les formes ulcéreuses des syphilides.

Les syphilides acnéiques ont une évolution des plus lentes, et offrent beaucoup de résistance au traitement.

B. Syphilides péripilaires agminées. — Dans quelques cas les syphilides péripilaires se groupent autour d'un élément central plus volumineux. On voit alors au centre une papule péripilaire volumineuse à un degré variable d'évolution, presque toujours en voie de régression : tout autour, à une distance de l'élément central

qui varie de 5 à 10 millimètres, existe toute une couronne d'éléments péripilaires habituellement plus petits que l'élément central, discrets, rangés circulairement.

Ce mode de groupement coexiste d'ordinaire avec des syphilides péripilaires disséminées. Il est absolument pathognomonique de la syphilis. Il s'observe surtout avec les formes sèches.

Fig. 148. — Syphilides secondaires acnéiformes groupées du dos.

Diagnostic des syphilides péripilaires. — *Les formes sèches et squameuses* peuvent être confondues :

1° Avec le *pityriasis rubra pilaris* qui en diffère par ses localisations, par le groupement de ses éléments, par leur tendance à former par confluence des nappes rouges et squameuses, par les lésions diffuses de la paume des mains et de la plante des pieds ;

2° Avec *les séborrhéïdes péri-pilaires* qui en diffèrent par la coexistence possible du prurit, par leur teinte plus franchement rouge, par leur tendance plus grande à former des plaques irrégulières ;

Fig. 149. — Syphilides papulo-croûteuses du dos groupées autour d'un élément central primitif ulcéreux.

3° Avec *le lichen scrofulosorum* dont les éléments sont plus pâles, plus livides, plus acuminés, et forment des amas beaucoup plus considérables, nullement figurés ;

4° Avec *l'acné cornée* dont les éléments sont toujours groupés en larges plaques et sont très acuminés.

Les formes acnéiques vraies peuvent être confondues :

1° *Avec l'acné ordinaire ou juvénile :* cette dermatose en diffère par ses localisations à la partie supérieure des épaules, à la partie antérieure du thorax, à la face, par la coexistence de comédons nombreux, de séborrhée huileuse, par la teinte rouge vif de ses éléments, par sa très longue durée ;

2° *Avec les tuberculides papulo-nécrotiques :* celles-ci en diffèrent par leur siège

de prédilection aux membres et surtout aux membres inférieurs, par leur évolution d'une extrême lenteur : cependant il convient de reconnaître que dans certains cas le diagnostic est des plus difficiles, pour ne pas dire impossible, et que les commémoratifs d'une part, l'épreuve thérapeutique d'autre part, enfin l'examen histologique, sont les seuls moyens de sortir d'indécision.

3° Éruptions ulcéreuses. — Les *éruptions ulcéreuses* de la période secondaire de la syphilis sont assez rares. Dans quelques cas, et surtout chez des alcooliques, des débilités, des neurasthéniques déprimés, elles se produisent avec abondance,

Fig. 150. — Syphilis maligne précoce. Syphilides ulcéreuses disséminées.

imprimant à la syphilis un caractère tel qu'on a donné à ces manifestations le nom de *syphilis maligne précoce*.

Ces éruptions, comme les précédentes, sont disséminées ou groupées.

A. Disséminées. — Elles peuvent affecter trois types principaux :

a) *Le type ecthymateux*. — La lésion élémentaire est constituée par une papule assez large d'un rouge bistre, d'aspect inflammatoire, qui se recouvre à son centre d'une sorte de pustule : l'épiderme est soulevé par de la sérosité purulente : cette sérosité se concrète au centre sous la forme d'une croûte brunâtre ou noirâtre, épaisse ; tout autour de cette croûte se trouvent un cercle de sérosité purulente, puis la base rouge de la papule. Au-dessous de la croûte existe une ulcération un peu irrégulière et mamelonnée du derme.

Parfois la lésion s'étend progressivement par les bords, en même temps qu'elle gagne en profondeur : une deuxième croûte se produit au-dessous et en dehors de la première qu'elle dépasse d'un demi-millimètre à 1 millimètre ; cette deuxième croûte est également soulevée et débordée par une troisième croûte plus large, et ainsi de suite à mesure que la papule ulcéreuse s'étend ; il se forme par ce méca-

nisme progressivement une lésion assez considérable, de 1 à 3 centimètres de diamètre, à bords surélevés, assez mal définis, infiltrés, à centre assez profondément ulcéré, bourgeonnant, baignant dans le pus, et recouvert d'une croûte large, brunâtre ou noirâtre, ostréacée. *C'est le Rupia syphilitique.* — Ces lésions sont d'ordinaire disséminées çà et là sur les téguments, sans systématisation aucune : il est rare qu'elles soient fort nombreuses : cependant, dans certaines syphilis tout particulièrement malignes, elles criblent les téguments.

Fig. 151. — Syphilis maligne précoce. Syphilides ulcéreuses profondes des membres inférieurs.

Elles évoluent avec assez de rapidité, et peuvent causer des délabrements considérables. Leurs cicatrices sont persistantes; elle sont plus ou moins accentuées, plus ou moins difformes suivant la profondeur qu'ont atteinte les ulcérations.

b) *Le type nodulaire et ulcéreux.* — Il est caractérisé par des infiltrations profondes des téguments, d'un rouge sombre, d'un rouge violacé aux membres inférieurs; elles font une saillie notable et s'ulcèrent avec une grande rapidité ; elles offrent même parfois des allures phagédéniques. Dans quelques cas, les ulcérations sont tellement profondes et l'infiltration nodulaire tellement volumineuse que les lésions ont tout à fait l'aspect d'une gomme.

Ces manifestations de la syphilis sont d'ordinaire assez tardives, peu nombreuses, çà et là disséminées sur les téguments, à la face, au tronc, sur les membres. Elles

sont graves, parce qu'elles peuvent être térébrantes, phagédéniques, et laisser des

Fig. 152. — Syphilis maligne précoce. Syphilides ulcéreuses et croûteuses du tronc.

cicatrices ou des mutilations indélébiles. Elles résistent souvent à la médication

Fig. 153. — Syphilis maligne précoce. Cicatrices consécutives à une éruption considérable du dos.

antisyphilitique ordinaire. Elles peuvent être momentanément aggravées par le mercure.

c) *Le type acnéique profond.* — Il s'observe surtout aux membres inférieurs; nous l'avons décrit plus haut.

Complications des syphilides ulcéreuses. — Aux membres inférieurs, les syphilides ulcéreuses se compliquent assez fréquemment de purpura, et même d'hémorragies, surtout chez les acro-asphyxiques et les variqueux.

Au cuir chevelu, à la face, aux sillons naso-géniens, aux commissures labiales, aux aisselles, à l'ombilic, au pubis, elles peuvent devenir végétantes, papillomateuses.

On les confond parfois dans ces cas avec les végétations du pemphigus vegetans dont elles diffèrent par l'absence de soulèvements bulleux périphériques, et par la facilité relative avec laquelle elles cèdent à un traitement local et général approprié.

B. Éruptions secondaires ulcéreuses groupées. — Elles sont des plus rares : elles affectent le type plan ulcéreux ou le type acnéique. Elles siègent surtout à la face, au front, au cuir chevelu, aux commissures labiales. Après les descriptions qui précèdent nous n'avons pas à y insister.

Annexe à la description des syphilitiques secondaires.

A. Syphilides dont l'existence n'est pas prouvée, ou qui sont fort rares. — La *syphilide herpétiforme* serait constituée par des papules surmontées d'une petite vésicule analogue à la vésicule de l'herpès. Les éléments sont très nombreux, presque confluents, et criblent les membres et le tronc. Nous croyons en avoir observé un cas.

Horteloup a décrit une *syphilide varicelliforme* (?).

Nous avons vu un cas qui avait été diagnostiqué *syphilide bulleuse pemphigoïde :* c'était une éruption médicamenteuse. Nous ne croyons pas que cette forme de syphilide existe.

B. Syphilides secondaires malignes de Fournier. — A. Fournier décrit sous le nom de *syphilides secondaires malignes* des éruptions de type général secondaire, mais ayant une évolution lente, durable, une résistance inusitée au traitement spécifique, et souvent associées à des troubles généraux plus ou moins intenses, toutes particularités qui témoignent d'une *gravité morbide précoce,* d'une *malignité initiale* de la maladie.

Elles ne sont pas à confondre avec ce que l'on appelle vulgairement la *syphilis maligne précoce,* variété qui est constituée par l'apparition précoce d'accidents ulcéreux graves.

Ces syphilides secondaires malignes comprennent pour Fournier les trois types suivants :

1° La *syphilide papulo-tuberculeuse* que caractérisent des éléments énormes de 8 à 12 millimètres de diamètre, faisant une saillie de 1 à 4 millimètres, orbiculaires, rénitents au toucher, d'un rouge vif, ardent, phlegmasiques, très abondants, presque profus, disséminés, mais siégeant surtout à la face, au cuir chevelu, aux membres inférieurs, sans groupement méthodique, parfois confluents (surtout à la face), à marche fort lente, et très rebelles au traitement.

Parfois cette variété peut affecter la disposition annulaire ; elle est alors composée d'une zone externe circulaire ou ovalaire infiltrée, surélevée, d'un diamètre variant

de celui d'une pièce de cinquante centimes à celui d'une pièce de deux francs, encerclant une partie centrale qui est de niveau avec les tissus sains et qui est plus ou moins fortement pigmentée (*Syphilide papulo-tuberculeuse annulaire*).

Parfois, mais fort rarement, les papules deviennent partiellement ou complètement hémorragiques et offrent une teinte sanguine, purpurique, qui ne s'efface pas sous le doigt (*syphilide papulo-tuberculeuse hémorragique*).

2° *La syphilide papuleuse exfoliatrice*. — Elle se présente sous la forme de placards rosés exfoliants donnant l'idée de plaques de dermatite exfoliative, consécutifs à la confluence de nombreux éléments primitifs. Cette forme rare est particulièrement tenace.

3° *La syphilide papuleuse nigricante*. — « Ce type emprunte sa caractéristique à un reliquat post-éruptif, consistant en une suffusion pigmentaire que laisse après elle l'éruption. A la période d'état c'est simplement une syphilide papuleuse à papules assez confluentes, assez larges, assez importantes comme développement, mais c'est après la phase éruptive que la gravité du type se révèle par l'apparition, à mesure qu'elles s'effacent, d'une pigmentation grisâtre, gris noirâtre, noirâtre même... Or cette pigmentation est éminemment persistante et rebelle à toute médication : elle ne s'efface que peu à peu avec le temps. » (Fournier)

4° Troubles de la pigmentation normale de la peau. — La syphilis peut donner naissance à des troubles divers de la pigmentation de la peau : nombre d'éruptions sont suivies de reliquats pigmentaires. En outre on a décrit des troubles primitifs de la pigmentation cutanée qui semblent être directement sous la dépendance de la syphilis, ce sont : *A*. La *syphilide pigmentaire de Hardy*; *B*. La *leuco-atrophie cutanée de A. Fournier*; *C*. Les *leuco-mélanodermies*.

A. Syphilide pigmentaire. — Décrite pour la première fois par Hardy en 1854, la syphilide pigmentaire est commune au cou chez la femme. C'est une des manifestations les plus fréquentes de la syphilis secondaire chez la population spéciale de l'hôpital Broca. Son siège d'élection est le cou, comme nous venons de le dire ; mais il n'est pas rare de l'observer aussi sur le thorax, en particulier en avant et en arrière des aisselles. Nous l'avons vue revêtir tout le tronc de mailles pigmentées assez serrées.

Elle est éminemment constituée par un réseau à canevas pigmenté variable de dimensions, dont les mailles ont parfois de un à deux centimètres, parfois à peine de deux à cinq millimètres de large, et encerclent des zones de peau analogues à des pains à cacheter et qui ont à peu près ou tout à fait la teinte normale de la peau. Le réseau lui-même est régulier ou fort irrégulier ; sa teinte varie du café au lait extrêmement clair au brun foncé ; il est par suite très variable de forme et d'étendue. C'est le *type dit réticulaire* (A. Fournier).

Dans une forme plus rare dite à *lunules* (A. Fournier), la syphilide pigmentaire est constituée par une nappe pigmentée uniforme dans laquelle se trouvent à peine quelques petits ronds ou *lunules* de teinte plus claire ayant de 2 à 3 millimètres de diamètre.

La syphilide pigmentaire se développe d'ordinaire du quatrième au douzième mois de la syphilis. Elle persiste fort longtemps, plusieurs mois, un an, deux ans, et davantage. Elle ne semble pas être influencée par le traitement hydrargyrique. Très fréquente chez la femme, elle est beaucoup plus rare chez l'homme.

C'est un bon symptôme de syphilis, mais elle peut être simulée par des pigmen-

tations à peu près analogues d'aspect qui se développent dans la tuberculose, les anémies, et certains états nerveux.

Nous n'aborderons pas dans un résumé aussi succinct les questions ardues que soulève la pathogénie de la syphilide pigmentaire. Les taches blanches qui semblent être les parties de peau saine sont-elles réellement de la peau saine, sont-elles au contraire des dépigmentations consécutives à des éléments antérieurs de roséole ou de papules spécifiques ? La pigmentation elle-même est-elle primitive ou consécutive à des éruptions antérieures ? De nombreux travaux ont paru sur ces divers points : nous y renvoyons nos lecteurs. Nous nous contenterons d'affirmer trois faits cliniques : 1° que nous avons vu de la manière la plus formelle la syphilide pigmentaire se développer primitivement d'emblée sans éruptions prémonitoires appa-

Fig. 154. — Syphilide pigmentaire du cou.

rentes ; 2° que nous l'avons vue d'autre part se développer avec rapidité autour de taches roséoliques du cou ; 3° que nous avons vu des syphilides papuleuses se former sur un cou primitivement pigmenté, évoluer et disparaître en laissant après elles des taches arrondies de dépigmentation.

B. Leuco-atrophie cutanée. — Ce sont les vergetures secondaires de Balzer (voir ce mot).

On peut observer en outre des troubles de pigmentation de la peau en plus ou en moins au niveau de cicatrices de lésions anciennes.

C. Leuco-mélanodermie. — Chez quelques malades syphilitiques on voit des îlots vitiligineux alterner avec des plaques hyperchromiques.

C'est ici le lieu de rappeler que l'on a signalé la syphilis ancienne ou récente dans les antécédents pathologiques des sujets atteints de vitiligo (voir ce mot).

5° Lésions des annexes de l'épiderme. Poils et ongles. — Toutes les intoxications et toutes les infections chroniques peuvent agir sur les poils et sur les ongles soit

d'une manière générale sans qu'il y ait de lésions du cuir chevelu ou de la matrice unguéale visibles à l'œil nu, soit par l'intermédiaire de lésions directes de ces régions. La syphilis n'échappe pas à cette loi.

A. ***Alopécies syphilitiques.*** — La chute des cheveux peut provenir de l'existence de lésions antérieures siégeant au niveau des régions velues : telles sont les alopécies en clairières qui se produisent au niveau de roséoles, de papulo-squames, de papulo-croûtes, de lésions ulcéreuses secondaires et tertiaires : ces alopécies sont limitées aux régions qui ont été le siège de ces éruptions.

Elle peut aussi dépendre de la mort de la papille pilaire par une sorte d'intoxication (Sabouraud) et de l'influence générale exercée sur l'organisme par l'agent infectieux de la syphilis. Les cheveux tombent avec le bulbe plein; 85 p. 100 sont normaux ou presque normaux, analogues à ceux des mues physiologiques; 15 p. 100 environ sont altérés et atrophiés à divers degrés : tantôt leur tige seule est affectée et réduite vers sa partie inférieure à la moitié ou au quart du diamètre normal ; tantôt (5 p. 100 environ) la tige et le bulbe sont atrophiés.

L'alopécie syphilitique qui tient à l'intoxication générale de l'organisme se produit d'ordinaire du cinquième au quinzième mois. Voici quels sont ses caractères essentiels d'après A. Fournier : 1° elle n'est pas systématisée; elle est asymétrique ; 2° elle a une forme diffuse qui consiste en un simple éclaircissement des cheveux, surtout vers les tempes, ou bien elle affecte une forme en clairières, peut-être plus fréquente, qui offre parfois un aspect polycyclique par confluence de plusieurs petites plaques ; 3° elle peut simuler la pelade (*pseudo-pelade syphilitique* de A. Fournier), mais sans jamais arriver à l'alopécie franche, ivoirine de cette affection ; 4° elle peut cependant, dans quelques cas rares, être complète ou presque complète ; 5° les cheveux sont ternes, secs, durs, frisottants ; ils ont l'air de cheveux morts ; 6° elle se complique souvent de séborrhée, parfois de pelade vraie; 7° elle peut envahir tout le corps, la barbe, les cils, et surtout la queue des sourcils : il convient de ne pas la confondre en cette dernière région avec l'alopécie de la kératose pilaire qui en diffère par la rougeur et le granité de la peau, par sa pérennité ; 8° elle est éminemment transitoire et toujours curable.

B. ***Lésions unguéales.*** — On peut les diviser en deux groupes principaux : 1° celles qui n'affectent que l'ongle lui-même ; 2° celles qui affectent le derme péri-unguéal.

I. Onyxis proprement dits. — On en a décrit quatre variétés :

a) *L'onyxis craquelé* est caractérisé par une grande friabilité du bord libre de l'ongle.

b) *Le décollement de l'ongle* peut revêtir le type d'avant en arrière, et le type d'arrière en avant avec tuméfaction primitive de la matrice rétro-unguéale (voir article *atrophies unguéales*).

c) *L'elconyxis* (A. Fournier) siège au niveau de la lunule vers les parties latérales ; il se présente sous la forme d'une perte de substance unguéale, véritable ulcère de l'ongle creusé à pic, ovalaire généralement, et dont les bords semblent formés par les lamelles unguéales déchiquetées, comme vermoulues; le fond répond au derme sous-unguéal qui paraît d'un rose grisâtre.

d) *L'onyxis hypertrophique* consiste en une hypertrophie du derme sous-unguéal et de la lamelle unguéale.

II. Périonyxis. — On en a décrit trois variétés :

a) *Le périonyxis sec ou squameux* qui est dû au développement au niveau de la matrice unguéale d'une papulo-squame : parfois il s'y forme des amas cornés (*périonyxis corné*),

b) *Le périonyxis inflammatoire* est caractérisé par une tuméfaction rouge sombre des tissus des bords latéraux de l'ongle, plus rarement de sa partie postérieure. Il est évidemment consécutif au développement d'une papule ayant de la tendance à s'enflammer et à devenir croûteuse.

Fig. 155. — Onyxis syphilitique.

c) *Le périonyxis ulcéreux* constitue un degré de plus dans l'intensité de l'évolution. Il se produit alors une ulcération latérale, parfois en demi-cercle, à bords découpés, taillés à pic, à fond sanieux, grisâtre, fongueux, d'où suinte un liquide fétide. La dernière phalange se tuméfie, rougit, et est le siège d'une inflammation relativement intense. Cet accident, heureusement rare, est assez grave, il aboutit d'ordinaire à la chute de l'ongle : il peut occuper un ou plusieurs doigts, et même plusieurs orteils.

Syphilides secondaires des muqueuses. — Après les quelques détails dans lesquels nous sommes entrés à propos des syphilides secondaires cutanées, nous serons très bref à propos des *syphilides secondaires des muqueuses*.

Ces lésions se développent dans la cavité buccale, sur la langue, sur les piliers du voile, les amygdales, le pharynx, le larynx, les fosses nasales, sous l'influence des irritations auxquelles ces muqueuses peuvent être soumises, et au premier rang desquelles il convient de signaler le tabac. Elles se développent au pourtour de l'anus et aux parties génitales, grandes et petites lèvres, orifice du vagin, col utérin, prépuce et gland, sous l'influence de la malpropreté et du contact des liquides irritants, tels que le pus blennorragique, la leucorrhée, le pus d'une fistule, etc...

Leur importance pratique est des plus grandes, car ces accidents, qui sont à vif et qui suintent, sont éminemment contagieux. C'est surtout par leur intermédiaire que se transmet la syphilis.

Leurs variétés principales correspondent à des variétés analogues des syphilides secondaires cutanées. Seules les syphilides péripilaires n'affectent pas les muqueuses.

1° *Les syphilides érythémateuses ou maculeuses* des muqueuses correspondent à la roséole ; elles sont constituées :

a) Par *une teinte d'un rouge vif, étendue, assez uniforme, en nappe,* qui se voit fréquemment sur les piliers du voile et sur tout le voile du palais dès le début de la syphilis secondaire : elle peut être confondue avec des exanthèmes de tout ordre : les adénopathies cervicales, rétro-auriculaires et occipitales qui l'accompagnent d'ordinaire, la coïncidence habituelle d'une roséole au début, mettront sur la voie du diagnostic.

b) Par des *plaques érythémateuses à bordures nettes*, d'un rouge vif sur les bords, parfois un peu opalines vers le centre ; elles s'observent surtout vers les piliers du voile, sur le voile du palais, où elles forment assez fréquemment des lésions symétriques : elles peuvent se produire également à la face interne des joues, aux parties génitales.

2° *Les syphilides érosives plates* sont constituées par un degré d'intensité de plus comme processus ; ce sont des plaques légèrement saillantes, nettement limitées, d'un rouge assez vif vers les bords, mais à centre franchement blanchâtre,

Fig. 156. — Syphilides papulo-hypertrophiques (plaques muqueuses) de la vulve, des plis inguinaux et de la région périanale.

diptheroïde d'aspect : ce sont les *plaques muqueuses diphtéroïdes ;* elles sont très fréquentes sur les amygdales où elles simulent parfois la diphtérie à s'y méprendre. Quand le diagnostic est douteux l'examen bactériologique doit prononcer.

3° *Les syphilides papulo-érosives des muqueuses* répondent, comme nous l'avons vu plus haut, aux syphilides papulo-squameuses superficielles des téguments : ce sont les *plaques muqueuses papuleuses.*

4° Il en est de même des *syphilides papulo-hypertrophiques érosives des muqueuses* ; ce sont les *plaques muqueuses papulo-hypertrophiques et végétantes.*

5° Enfin les *syphilides ulcéreuses* des muqueuses répondent :

a) Soit aux syphilides papulo-croûteuses cutanées ; ce sont les *syphilides papulo-ulcéreuses des muqueuses* lesquelles ne laissent pas de cicatrices, car elles se contentent de détruire par leur ulcération la néoplasie spécifique.

b) Soit aux syphilides ulcéreuses proprement dites de la peau ; et dans ce cas elles laissent des cicatrices indélébiles, car elles détruisent les tissus eux-mêmes.

Les syphilides des muqueuses peuvent être disséminées sans ordre aucun, c'est la règle; mais, comme les syphilides cutanées, elles sont parfois groupées, et elles forment alors des circinations complètes ou incomplètes. On les voit décrire des festons, des arabesques sur le voile du palais, la langue, les organes génitaux; ce sont surtout les variétés papulo-érosives qui prennent cet aspect; elles correspondent fort souvent dans ce cas à des lésions analogues du côté de la peau.

Les syphilides des muqueuses sont d'une extrême fréquence. Elles ne sont rebelles qu'autant que le malade ne prend pas de soins d'hygiène : mais alors elles peuvent résister à la médication antisyphilitique. Chez les personnes qui fument, on les a vues persister à la langue, dans la cavité buccale, et dans la gorge, jusqu'à la quatrième, la sixième, la dixième année de la syphilis, et même plus, en gardant leur caractère contagieux.

Court aperçu des syphilides muqueuses d'après leur localisation.

A. Bouche. — *Les syphilides buccales* peuvent revêtir les quatre formes classiques : *érosive, papulo-érosive, papulo-hypertrophique, ulcéreuse.*

Elles sont d'ordinaire d'un rouge variable comme intensité, mais elles peuvent être grisâtres, cendrées, opalines, gris perle (amygdales lisses, parties latérales de la langue), diphtéroïdes.

Elles peuvent être *circinées*, et alors ou *annulaires*, ou *arciformes*, c'est-à-dire en segments de cercle, en croissant.

A l'isthme du gosier. — On observe dès le début de la rougeur en nappe, puis des syphilides érythémateuses et opalines, des plaques diphtéroïdes blanchâtres plus ou moins bien limitées, souvent fort irrégulières.

A la langue, les syphilides secondaires revêtent des aspects assez divers : parfois elles sont caractérisées par une simple desquamation ovalaire assez nettement limitée, pouvant être irrégulière par confluence d'éléments voisins : la langue à leur niveau est lisse, rouge : ce sont les *plaques en prairie fauchée* de A. Fournier. — Parfois ce sont de véritables papules d'un rouge jaunâtre, saillantes et limitées ; parfois même ce sont de véritables papules végétantes hypertrophiques : celles-ci siègent surtout aux environs du V lingual. Parfois ce sont de simples fissures étroites, allongées, verticales vers les bords de l'organe, étoilées à sa surface ; elles forment des exulcérations douloureuses et sanieuses. Parfois enfin ce sont de véritables ulcérations anfractueuses ; mais celles-ci siègent surtout vers les bords de l'organe et sont en relation avec des dents malades et cassées.

Nous devons en outre signaler des lésions encore assez mal étudiées, constituées par de petites plaques blanchâtres, opalines ou nacrées, irrégulières de forme, souvent entremêlées de petits points blanchâtres, nodulaires, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, rappelant les éléments de la desquamation aberrante en aires de la langue : ces lésions très spéciales siègent vers les bords de l'organe, et correspondent à ce que l'on pourrait appeler de la *leucoplasie secondaire*.

A. Fournier en décrit les 6 types objectifs suivants : 1° type rond ou ovalaire ; 2° en traînées ; 3° étoilé ; 4° en hachures ou stries presque parallèles, 5° arborescent ou en feuille de fougère ; 6° en semis ou en grains de semoule.

Aux lèvres, à la face interne des joues, aux gencives, les syphilides sont assez fréquentes : elles y affectent surtout la forme papulo-érosive et ulcéreuse ; rien de plus commun que de voir à la *face interne des lèvres* chez les personnes peu soigneuses, qui ont de mauvaises dents ou qui fument, des ulcérations irrégulières, à fond jaunâtre, à bord d'un rouge assez vif qui constituent ce qu'on appelle

communément les plaques muqueuses de la bouche : elles sont éminemment contagieuses.

Aux gencives, elles forment des érosions qui se confondent fréquemment avec les ulcérations et les décollement gingivaux de la stomatite mercurielle.

Aux commissures des lèvres elles prennent l'aspect de rhagades sanieuses, assez profondes, avec végétations d'un brun jaunâtre sale qui constituent une sorte de bouquet à l'extérieur.

Les syphilides secondaires buccales sont d'ordinaire indolentes : parfois cependant, surtout quand elles siègent au bord de la langue, elles provoquent de vives douleurs au moment de la parole et de la mastication. Dans la majorité des cas elles ne donnent que des sensations de gêne ; à la gorge elles peuvent s'accompagner d'une sensation de corps étranger, de constriction gutturale, de dysphagie, de besoin de cracher ; quand elles gagnent l'orifice de la trompe d'Eustache elles produisent des bourdonnements d'oreille, des sifflements, des élancements.

Diagnostic. — *Les aphtes* en diffèrent par la régularité de leur ulcération, leur fond grisâtre, leur très fine bordure rouge, les douleurs qu'ils provoquent, leur évolution spontanée habituelle vers la guérison.

L'*herpès récidivant buccal* s'observe surtout à la langue, vers ses bords ; il est douloureux, nettement composé de petits éléments isolés ou polycycliques par confluence, il a une évolution d'ordinaire assez rapide.

Les *hydroas vésiculeux et bulleux* de Bazin et les *pemphigus des muqueuses* (*érythèmes polymorphes variété hydroa, érythèmes polymorphes papulo-vésiculeux* et *papulo-bulleux* : *dermatites polymorphes douloureuses*) sont de toutes les dermatoses celles qui simulent le mieux les plaques muqueuses buccales. Cependant, en y regardant de fort près, on s'aperçoit que dans ces affections l'épiderme est soulevé en lambeaux par un processus de phlycténisation qui fait totalement défaut dans la syphilis : la brusquerie d'apparition de ces lésions établit ainsi une distinction radicale.

C'est à peu près le même processus qui existe dans les *éruptions provoquées par l'antipyrine;* dans ces derniers faits les lésions éruptives sont en outre peu nombreuses et de grandes dimensions. Elles ont une tendance rapide à la réparation.

La *desquamation aberrante en aires de la langue* diffère des plaques en prairie fauchée par sa mobilité et surtout par sa bordure d'extension si caractéristique.

La perlèche simule tout à fait les syphilides commissuraires ; mais on y trouve le streptocoque, et elle s'observe surtout chez les enfants des écoles d'une manière épidémique.

La leucoplasie vraie diffère des syphilides par son aspect nacré, atrophique, par sa pérennité. Nous avons vu quels sont les caractères objectifs des lésions que l'on peut appeler les leucoplasies secondaires.

Enfin les *érosions traumatiques simples* des bords de la langue et des joues sont déchiquetées, douloureuses, et sont en relation directe avec des saillies dentaires.

B. Organes génitaux. — Nous n'avons rien de bien spécial à dire sur les syphilides muqueuses des organes génitaux.

Chez la femme, elles sont fréquentes aux régions péri-vulvaires, au pourtour de l'anus, au pli interfessier, à la face interne des cuisses, aux grandes et aux petites lèvres ; elles y forment parfois chez les personnes peu soigneuses, chez celles qui ont la blennorragie, d'énormes amas végétants. Elles sont très rares au vagin,

assez fréquentes au contraire sur le col utérin où elles passent inaperçues, et où elles sont une cause assez fréquente de contagion : elles y revêtent surtout la forme érosive et papulo-érosive.

Fournier divise ainsi qu'il suit les syphilides des organes génitaux de la femme :

I. Syphilides cutanées vulvaires :
1° *Variété lenticulaire discrète* ;
2° *Variété papuleuse en nappe* ;
3° *Syphilide papulo-croûteuse* ;
4° *Syphilide impétigineuse* ;
5° *Syphilide ulcéro-croûteuse*.

II. Syphilides muqueuses vulvaires :
1° *Syphilide érosive* ;
2° *Syphilide papulo-érosive* pouvant être *discrète* ou former des *nappes muqueuses*.
3° *Syphilides papulo-hypertrophiques*.
4° *Syphilides ulcéreuses*.

Ces divers types peuvent se combiner, d'où des variétés innombrables. Le polymorphisme est fréquent. Au point de vue *couleur* ces lésions peuvent être *opalines, porcelainiques, diphtéroïdes*. La papule peut être déprimée au centre en cupule (*papule ombiliquée ou caliciforme*). Elle peut s'ulcérer (*variété papulo-ulcéreuse*). Les lésions peuvent être *circinées*. Elles se compliquent souvent de *folliculites vulvaires*, d'*érythème*, d'*intertrigo*, d'*œdèmes de voisinage*, d'*abcès tubériformes*, de *lymphangites secondaires*, d'*induration scléreuse* des grandes et des petites lèvres.

Chez l'homme les syphilides muqueuses s'observent au pourtour de l'anus, au pli interfessier ; elles y forment, comme chez la femme d'ailleurs, ce que l'on a appelé les *condylomes plats* : sur la muqueuse balano-préputiale elles affectent surtout le type érosif, plus rarement le type papulo-érosif, et elles y sont souvent fort difficiles à distinguer des érosions traumatiques et de l'herpès (se défier de ces insignifiantes lésions au point de vue du diagnostic ; Fournier) elles se développent aussi chez lui ; sur la partie inférieure de la verge, sur les bourses, aux régions qui sont en contact avec la verge et avec la face interne des cuisses. Elles y affectent le type papulo-érosif, et parfois, mais plus rarement, le type papulo-hypertrophique.

Diagnostic. — Les syphilides papulo-érosives minuscules peuvent être simulées par des *érosions traumatiques* : ces dernières sont d'ordinaire plus irrégulières, et guérissent avec rapidité.

Elles diffèrent de *l'herpès* par leurs dimensions qui sont plus considérables, par leur aspect plus papuleux, moins franchement ulcéreux, par l'absence de douleur.

Chez l'homme la *balano-posthite érosive circinée* s'en distingue par les caractères suivants : le liséré épithélial blanchâtre qui entoure les érosions de la balano-posthite érosive tombe au moindre frottement, tandis que le bourrelet blanc non friable qui entoure les syphilides papulo-érosives résiste aux frictions ; dans la balano-posthite érosive il y a des érosions de toutes les tailles ; ces érosions évoluent avec une extrême rapidité ; elles guérissent en quelques heures sous l'influence des badigeons de nitrate d'argent.

Les *chancres simples* en diffèrent en ce qu'ils ne présentent jamais de configuration arciforme en croissant ou en demi-lune, ce que peuvent faire les syphilides

ulcéreuses, en ce qu'on peut en trouver à divers stades de leur évolution, en ce qu'ils sont auto-inoculables et qu'ils renferment le bacille de Ducrey.

A. Fournier déclare qu'il est absolument impossible de distinguer les syphilides muqueuses de l'*herpès végétant*. Cette lésion est heureusement des plus rares et ne s'observe que chez la femme. Elle est caractérisée par ce fait que les érosions herpétiques prolifèrent, deviennent saillantes, forment des sortes de papules analogues aux papules syphilitiques érosives. On ne peut établir le diagnostic que sur l'absence totale d'autres symptômes de syphilis.

La *dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique* signalée par A. Fournier à la marge de l'anus est analogue comme aspect à l'herpès végétant : elle simule elle aussi à s'y méprendre la syphilide papulo-érosive.

C. Autres régions. Les syphilides papulo-érosives suintantes des aisselles, de l'ombilic, des pieds au niveau des espaces interdigitaux, ne présentent rien de bien spécial : relevons cependant la mauvaise odeur qu'elles dégagent et qui est véritablement nauséabonde pour les plaques muqueuses interdigitales. Celles-ci siègent ou bien sur les faces latérales des orteils où elles affectent la forme de papules plates érosives ou ulcératives, d'un rouge violacé, très suintantes, ou bien sur leur face plantaire, vers les plis articulaires, et elles y forment des fissures transversales, limitées par des bourrelets épidermiques durs et calleux.

Elles peuvent provoquer d'assez vives douleurs.

III. — PÉRIODE DITE TERTIAIRE

Caractères généraux. — La *période dite tertiaire* de la syphilis est caractérisée par une série d'accidents spéciaux ayant la physionomie générale suivante : ce sont des lésions apyrétiques, qui se développent lentement, parfois insidieusement; le plus souvent elles sont profondes, désorganisatrices, ulcéreuses, ou scléreuses à tendance atrophiante pour les tissus dans lesquels elles se produisent; elles sont discrètes, localisées, monomorphes, c'est-à-dire uniquement composées de gommes évoluant vers l'ulcération ou de tubercules crus; elles ont fort souvent une tendance marquée à se grouper et à prendre une forme d'ensemble circinée.

Elles peuvent atteindre tous les organes de l'économie. Nous n'avons ici à nous occuper que des lésions cutanées. Or, si dans la syphilis secondaire ce sont les téguments cutanés et muqueux qui sont de beaucoup les organes les plus atteints, dans la syphilis tertiaire au contraire c'est le système nerveux qui est le plus fréquemment touché.

D'ailleurs les accidents dits tertiaires de la syphilis surviennent parfois dès les premiers mois de l'infection : par contre nous les avons vus se produire soixante-quatre ans après le chancre. Ils peuvent donc faire leur apparition à tout âge de la maladie. Dans la majorité des cas cependant, c'est de la troisième à la cinquième année de la syphilis qu'ils se manifestent avec le plus de fréquence.

« La syphilis tertiaire succède le plus souvent à des syphilis secondaires bénignes et moyennes » (Fournier) et à des syphilis qui ont été peu ou point traitées pendant les périodes primaires et secondaires. Le tertiarisme sévit en outre chez ceux qui ont été contaminés à un âge avancé, chez les intoxiqués, les alcooliques, les surmenés, les débilités.

Certaines causes locales favorisent certaines localisations du tertiarisme : le tabac et l'alcool prédisposent aux syphilomes bucco-linguaux, les varices aux gommes des membres inférieurs, etc...

SYPHILIDES TERTIAIRES CUTANÉES

La syphilis tertiaire se manifeste du côté des téguments par deux variétés principales de lésions élémentaires : *le tubercule et la gomme* (voir pour leur définition et leur description l'article *Lésions élémentaires*).

I. **Syphilides tertiaires tuberculeuses de la peau.** — Elles se subdivisent en deux sous-variétés suivant que le tubercule reste à l'état cru, ou qu'il s'ulcère.

Elles ont les caractères communs suivants : elles sont circonscrites, d'ordinaire assez peu nombreuses (sauf dans les syphilides dites quaternaires) ; elles ont une tendance constante à se grouper en amas, et à s'étendre peu à peu progressivement par les bords, gagnant sur les tissus sains en tache d'huile, se réunissant avec des foyers voisins pour former des lésions en arcades, polycycliques. Le centre guérit progressivement à mesure que le mal gagne à la périphérie, et il reste une cicatrice centrale plus ou moins marquée suivant la profondeur du processus et de l'ulcération ; d'ordinaire il ne se produit plus de nouveau foyer actif dans la région déjà parcourue par le mal.

A. Syphilides tuberculo-squameuses tertiaires. — 1° *Forme banale ou typique.*

Symptômes. — La lésion élémentaire de la syphilide tuberculo-squameuse tertiaire est constituée par un tubercule infiltrant profondément le derme, d'un rouge brunâtre un peu cuivré, ou d'un rouge jambon, dont la teinte ne s'efface que fort peu par la pression du doigt : il donne au toucher une sensation nette d'induration des téguments; il est assez fréquemment recouvert d'une squame sèche, ou d'une croûtelle brunâtre sèche : cette lésion est indolente.

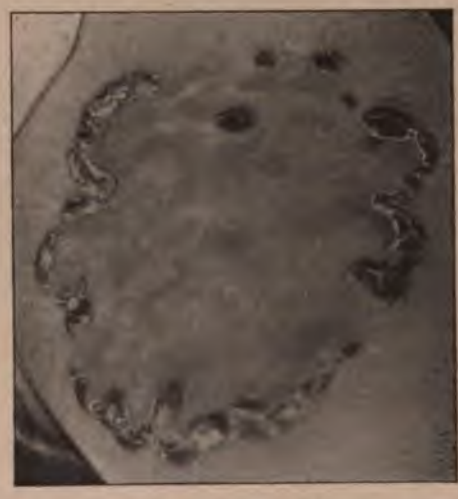


Fig. 157. — Syphilide tertiaire tuberculo-squameuse, tuberculo-ulcéreuse par places, serpigineuse et circinée de la face interne de la cuisse droite.

Elle débute seule, isolée, en un point, sous la forme d'une rougeur et d'une infiltration ; puis elle s'étale : elle gagne par les bords, et en même temps son centre s'affaisse, devient plus foncé, plus brunâtre ; puis il pâlit, et peu à peu la peau y reprend sa physionomie presque normale, cependant elle garde assez fréquemment un aspect cicatriciel. En même temps la lésion s'étale et prend l'apparence de plusieurs nodules tuberculeux accolés les uns à côté des autres, de manière à former une bande extérieure, assez irrégulière, bosselée, mais nettement circinée, encerclant la dépression cicatricielle centrale. Des foyers voisins peuvent se réunir et donner ainsi naissance à

de vastes circinations. Le diamètre des demi-cercles ou des quarts de cercle ainsi constitués varient suivant les cas, et chez le même sujet suivant les parties d'une même plaque; ils ont d'ordinaire de 3 à 8 centimètres.

Ces lésions peuvent se développer en un point quelconque des téguments : elles sont assez fréquentes au cuir chevelu, au front, aux tempes, au thorax, sur les membres. Elles y forment des plaques plus ou moins étendues, polycycliques, à bords nettement arrêtés, d'un rouge bistre ou d'un rouge sombre, d'un rouge violacé aux membres inférieurs, parfois assez uniformes, surélevées au-dessus du niveau des régions saines, parfois bosselées et inégales, à centre pigmenté, souvent labouré de cicatrices. Les bords sont dans quelques cas recouverts de squames blanches stratifiées analogues à celles du psoriasis (*syphilides tuberculo-squameuses circinées psoriasiformes*).

Ce dernier aspect est relativement fréquent à la paume des mains et à la plante des pieds où les syphilides psoriasiformes tertiaires offrent en outre les caractères suivants : elles sont fort souvent unilatérales, cette unilatéralité est de la plus haute importance au point de vue de leur diagnostic différentiel d'avec plusieurs autres dermatoses, telles que le psoriasis vrai, les parakératoses psoriasiformes, les eczémas, le pityriasis rubra pilaris, etc. qui d'ordinaire affectent symétriquement les deux côtés. Cependant les syphilides palmaires et plantaires psoriasiformes tertiaires sont dans quelques cas bilatérales : elles le sont surtout quand elles se développent sur des dermatoses antérieures bilatérales. Ce sont des plaques d'un rouge bistre sale et terne, presque toujours limitées par des bordures en activité d'un rouge cuivré ou d'un rouge bistre un peu plus vif, parfois uniformes, parfois au contraire nettement constituées d'éléments arrondis, ou aplatis latéralement par confluence et juxtaposés : ils sont recouverts de squames d'épaisseur variable, le plus souvent en partie détachées. Ces éléments figurent chez certains sujets des sortes de papules à centre légèrement déprimé, recouvertes d'une squame nacrée et brillante de la grosseur d'une petite lentille. Ces bordures, dont la largeur varie de 3 à 6 millimètres et plus, figurent des circinations à plus ou moins grand rayon et encerclent une zone centrale fort irrégulière, d'un rouge terne et comme pigmentée, par places lisse et unie, par places en desquamation, par places criblée d'éléments arrondis ou ovalaires, rouge squameux et en desquamation, ressemblant à des papulo-squames aplaties : vers les plis de la paume de la main et les plis articulaires des doigts, ces éléments se développent avec une sorte de prédilection et ils y donnent fréquemment naissance à des rhagades transversales assez profondes et un peu douloureuses. Sauf ce cas il n'y a ni prurit, ni véritable douleur, mais de simples sensations de gêne; quand le malade se livre à des travaux manuels, il survient parfois des complications inflammatoires.

Fig. 158. — Syphilide tertiaire circinée palmaire unilatérale.

Ces lésions siègent surtout à la face palmaire des mains et des doigts : elles débordent parfois vers leurs parties latérales et empiètent même un peu sur leur région dorsale, quoiqu'elles le fassent moins fréquemment que les lésions du psoriasis

vrai. Elles peuvent se limiter aux doigts vers leur partie terminale, au pouce en particulier. Aux pieds elles affectent des dispositions analogues : elles siègent à la partie centrale de la plante ou vers le talon, et elles empiètent souvent sur les parties latérales, elles peuvent se cantonner aux orteils. Elles se compliquent en ces derniers points de fissures profondes et douloureuses qui gênent la marche.

Ces manifestations de la syphilis tertiaire sont d'ordinaire très tardives : elles affectent surtout les personnes qui se livrent à des travaux manuels et à la marche,

Fig. 159. — Syphilides tertiaires palmaires hyperkératosiques unilatérales.

mais il n'y a là rien d'absolu. Elles sont d'une désespérante ténacité ; elles peuvent persister pendant des mois et pendant des années, et récidiver après des périodes d'amélioration ou même de disparition. Elles résistent souvent au traitement classique, mais elles cèdent presque toujours d'une manière assez rapide et définitive aux injections de calomel.

2° *Forme tuberculeuse en nappe.* — Il est assez fréquent de rencontrer en certains points du corps, mais surtout à la face, au front, aux tempes, aux parties latérales des joues, aux lèvres, etc... des tubercules syphilitiques d'un rouge sombre un peu bistre, lisses, à peine ou point squameux, agglomérés les uns à côté des autres de façon à constituer une nappe infiltrée, presque homogène, mais sur laquelle il est possible d'entrevoir des vestiges des éléments constitutifs sous la forme de saillies

vagues arrondies. A mesure que la lésion se développe, elle gagne par les bords suivant une zone convexe d'extension infiltrée, saillante, d'un rouge un peu plus vif, tandis qu'elle se déprime progressivement au centre qui prend une teinte bistre plus foncée.

L'évolution de ces lésions est fort lente ; elles ne sont pas ulcéreuses, elles laissent cependant après elles dans beaucoup de cas des cicatrices un peu déprimées dénotant qu'elles ont atrophié les téguments par sclérose.

3° *Forme tardive superficielle circinée.* — Dans les périodes extrêmement tardives de la syphilis, qui correspondent à ce que nous avons appelé la période quaternaire,

Fig. 160. — Syphilide tertiaire tuberculeuse serpigineuse du menton et de la joue droite.

on peut voir souvent des accidents cutanés que quelques auteurs ont aussi désigné sous le nom de *syphilides des vieillards.* Ce sont des éléments d'un rouge très pâle, arrondis, dont les dimensions varient de celles d'une petite lentille à celles d'une pièce de vingt centimes en argent assez nettement limitées, quoique ne faisant que peu ou point de saillie au-dessus du niveau des téguments, aplaties, recouvertes de squames nacrées, peu épaisses, peu adhérentes. Ils sont groupés de manière à former dans leur ensemble des circinations complètes ou incomplètes, souvent polycycliques par confluence de groupes voisins : le centre des circinations a d'ordinaire un aspect normal ; parfois cependant on y retrouve quelques éléments en activité disséminés, et, en cherchant avec attention, quelques vagues traces de cicatrices superficielles. Le derme n'est que très peu infiltré au niveau de ces lésions. Le malade n'éprouve aucune sensation subjective. En somme le processus morbide est éminemment torpide et superficiel. Ces *syphilides quaternaires* évoluent avec une extrême lenteur et sont assez rebelles aux médications.

Leurs sièges de prédilection sont les membres, le tronc, rarement la face. Elles sont dispersées sans ordre, et assez souvent en grand nombre chez un même sujet. Il semble que chez eux la syphilis arrivée à un âge très avancé reprend quelques-uns des caractères de la période secondaire, la superficialité et la multiplicité des lésions cutanées : mais il reste pour caractériser le tertiarisme la circination et la lenteur de l'évolution.

Ces lésions ne s'ulcèrent jamais.

Diagnostic. — Le diagnostic des syphilides psoriasiformes tertiaires peut présenter d'assez sérieuses difficultés avec deux séries d'affections : a) *le psoriasis et les parakératoses psoriasiformes* d'une part ; b) *le lupus non exedens* d'autre part.

a) *Le psoriasis et les parakératoses psoriasiformes,* en diffèrent surtout par leur peu d'infitration, leur couleur plus franchement rouge, la multiplicité plus grande de leurs points d'attaque, leur résistance au traitement général.

Quand ces affections siègent aux mains et aux pieds le diagnostic est encore plus

ardu : cependant la bilatéralité des éruptions, leur localisation à la face dorsale en même temps qu'à la face palmaire des mains, une teinte moins livide, l'absence des petits éléments arrondis ou ovalaires aplatis au centre et nacrés dont nous avons parlé plus haut, devront plutôt engager à rejeter le diagnostic de syphilis.

b) Les syphilides tuberculeuses en nappe de la face peuvent être prises pour du *lupus vulgaire, variété tumidus non exedens;* elles en diffèrent par la plus grande rapidité de leur évolution, par l'absence de tubercules transparents couleur sucre d'orge, par leur moindre mollesse, et la moindre facilité avec laquelle on les dilacère avec la pointe du scarificateur, par l'absence de toute sensibilité à la pression.

Il est inutile d'ajouter que dans beaucoup de cas il est nécessaire de recourir à une enquête minutieuse pour savoir si chez le sujet suspect il n'y a pas d'antécédents de syphilis ignorée ; dans tous les cas douteux et surtout lorsque le malade avoue avoir eu la syphilis, il sera sage d'instituer un traitement d'épreuve : cette règle s'adresse à tous les faits dans lesquels on soupçonne l'existence d'une syphilis tertiaire, nous n'y reviendrons pas dans ce qui va suivre.

B. Syphilides tuberculo-ulcéreuses tertiaires. — Ces syphilides sont aussi appelées communément *tuberculo-gommeuses*.

Symptômes. — Elles sont essentiellement constituées par des tubercules de volume

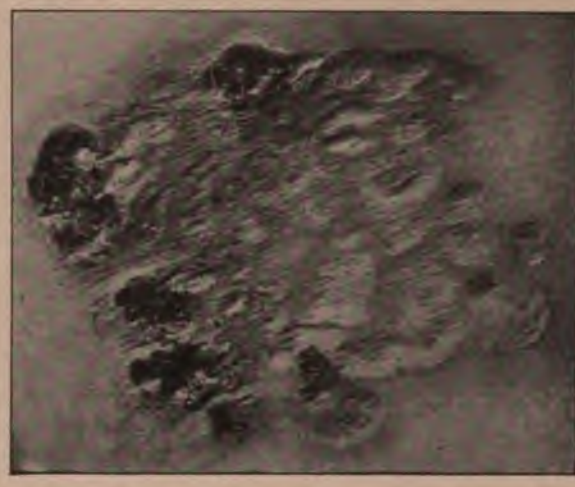


Fig. 161. — Syphilide tuberculo-ulcéreuse (gommeuse) de la partie externe de la fesse droite. On voit sur la photographie des ulcérations en activité, et des cicatrices plus ou moins blanchâtres déprimées.

variable, allant d'un petit pois à celui d'une petite noisette ; au lieu de rester à l'état cru comme dans la variété précédente, ils s'ulcèrent au centre, se creusent, et il se produit ainsi des cavités de forme générale arrondie, mais le plus souvent un peu anfractueuses, cratériformes, à fond inégal, sanieux ou bourgeonnant, sécrétant un liquide séro-purulent, parfois sanguinolent, d'abondance variable selon les cas, lequel se concrète en croûtes brunâtres, ou noirâtres, plus ou moins épaisses ou adhérentes.

Le fond de l'ulcération peut bourgeonner, devenir papillomateux : ce sont les variétés dites *ulcéreuses végétantes* lesquelles sont assez fréquentes aux membres inférieurs.

Au bout d'un laps de temps variable, l'ulcération du tubercule tend à se cicatriser, elle se comble peu à peu en laissant une cicatrice plus ou moins déprimée, gaufrée, striée de tractus blanchâtres, ou pigmentée (surtout périphériquement) suivant les cas et suivant la profondeur des lésions. Mais, quand un traitement rationnel n'est pas intervenu, il est relativement fréquent de voir le processus morbide continuer son évolution ; à mesure que le tubercule ulcéreux primitif se cicatrise, il s'en forme d'autres à son voisinage immédiat, lesquels évoluent comme lui, et ainsi se produisent des foyers qui s'étendent progressivement en gagnant dans les parties saines et en donnant naissance à des lésions circinées constituées vers la bordure par des séries de tubercules ulcéreux et croûteux en activité, et au centre par des parties cicatricielles plus ou moins ravinées.

Fig. 162. — Syphilide tertiaire papillomateuse végétante de la partie inférieure de la jambe droite.

Les croûtes qui recouvrent les lésions sont d'ordinaire adhérentes, dures, très épaisses, convexes, quoique irrégulières, formées de stratifications, et même ostréacées (*Rupia syphilitique tertiaire* : Voir la description du Rupia secondaire). Elles sont parfois arrondies, limitées à chaque tubercule, lequel s'ulcère isolément, d'où des séries d'ulcérations distinctes sur la bordure en activité.

Elles peuvent au contraire former d'énormes amas croûteux circinés, lorsque les tubercules sont très voisins les uns des autres, et que leurs ulcérations deviennent confluentes. Elles constituent ainsi de vastes plaies inégales, irrégulières, circinées, en arcs de cercle, entourées de tissus rouges, infiltrées. La couleur des croûtes varie du brun noirâtre au noir foncé, au vert jaunâtre.

Ces lésions sont habituellement limitées en une région quelconque du corps, face, tronc, membres : elles sont peu nombreuses ; souvent il n'y a qu'un foyer ; parfois il y en a deux ou plusieurs. La grandeur des foyers varie beaucoup suivant les cas et suivant leur durée. D'ordinaire ils ont de 5 à 8 centimètres de grand diamètre ; mais ils peuvent, quand ils sont anciens, couvrir toute une région, toute une partie du tronc, tout un segment de membre. Ils peuvent avoir une évolution torpide, ne s'étendre que fort lentement, et même guérir spontanément au bout d'un certain temps. Ils peuvent au contraire évoluer avec une réelle rapidité, se cicatrisant vers le centre, s'étendant vers les bords en ondes progressives, en arcs de cercle plus ou moins réguliers.

Les syphilides tertiaires tuberculo-ulcéreuses durent ainsi parfois presque indéfiniment quand elles ne sont pas traitées. Elles sont rapidement guérissables par le traitement mixte.

Elles se compliquent assez rarement d'*inflammation*, d'*érysipèle* qui a dans

quelques cas une certaine influence curative, qui dans d'autres au contraire est de la plus haute gravité et même funeste, de *gangrène* qui est ou secondaire à une inflammation intense, ou primitive, et provient d'oblitérations vasculaires : au niveau des lésions syphilitiques il apparaît alors une tache brune qui devient rapidement noire ; puis, au bout de dix à quinze jours, il se fait un sillon d'élimination autour de la partie sphacélée, et, lorsqu'elle est tombée, il reste une plaie qui guérit assez facilement sous l'influence d'une médication antisyphilitique et tonique. En réalité la gangrène s'observe peu dans le tertiarisme vrai, c'est surtout une complication de la syphilis maligne précoce. (Voir la thèse de Royet sur les gangrènes cutanées d'origine syphilitique et les travaux d'Audry sur ce sujet.)

Diagnostic. — Voici, d'après les auteurs (voir A. Fournier et Berdal), le résumé des symptômes qui permettent d'ordinaire d'affirmer la nature syphilitique d'une lésion tuberculo-ulcéreuse :

1° Les croûtes sont épaisses, noirâtres ou verdâtres ;

2° Les bords des ulcérations sont taillés à pic, adhérents, durs et infiltrés ; ils sont entourés en dehors de l'ulcère d'une aréole rouge sombre.

3° Le fond est anfractueux, et présente soit des débris bourbillonneux, soit un aspect crémeux jaunâtre.

4° L'ulcération affecte la configuration d'un cercle ou d'un arc de cercle.

5° Les lésions sont groupées en une région du corps en coups de plomb, en croissants, en arceaux, etc...

6° L'examen minutieux du malade permet parfois de trouver une cicatrice, une exostose, un sarcocèle, etc... qui contribuent à établir le diagnostic de syphilis.

7° L'étude de ses antécédents personnels ou héréditaires démontre l'existence d'une syphilis antérieure acquise ou héréditaire.

8° L'épreuve thérapeutique devra juger en dernier ressort : pour qu'elle soit légitime, il convient de l'instituer d'une manière intensive.

9° Nous avons en outre depuis longtemps posé la loi suivante : toutes les fois que l'on est embarrassé pour savoir si une lésion cutanée est une syphilide tertiaire, lorsqu'il s'agit d'un homme qui fume, ou d'un sujet homme ou femme ayant une cause quelconque d'irritation chronique de la muqueuse buccale, il faut examiner soigneusement cette muqueuse, et, si l'on y trouve sur la langue, sur la face interne des joues, des lésions chroniques, leucoplasie, sclérose, ulcérations, etc..., il y a de très fortes présomptions pour que les manifestations morbides du sujet reconnaissent pour cause première la syphilis.

Ceci posé, voici brièvement énumérées les principales affections que l'on peut confondre avec les syphilides tuberculo-ulcéreuses.

Lupus tuberculeux exedens. — Rien de plus difficile parfois que de savoir si une lésion tuberculeuse du nez et de la lèvre supérieure est du lupus vulgaire ou de la syphilis. Il s'agit presque toujours dans ces cas de lésions ulcéreuses et non ulcéreuses combinées. Le bout du nez est recouvert de croûtes noirâtres, adhérentes, reposant sur des ulcérations irrégulières, anfractueuses ; en certains points il existe de vagues circinations : l'intérieur du nez est pris, la lèvre supérieure souvent envahie. On conclura au lupus, si les lésions datent d'un an et plus, si les tissus dans leur ensemble sont mollasses, sensibles à la pression, friables, s'ils sont bourgeonnants : on conclura plutôt à la syphilis, si l'affection a évolué en quelques semaines, si les circinations des bords sont très marquées, si les tissus sont indures, si les ulcérations sont profondes, taillées à pic, si les os du nez sont

atteints. Dans les cas douteux, on recherchera le bacille de Koch ; on fera des inoculations aux animaux ; on instituera un traitement mixte d'épreuve.

Or syphilis et lupus peuvent être combinés chez le même sujet au même point, et surtout au nez et à la lèvre supérieure (voir les travaux de Leloir, etc... et la thèse de notre élève Longin, 1905). Le *scrofulate de vérole* de Ricord existe, et pour arriver à guérir il réclame une médication mixte dirigée à la fois contre le lupus et contre la syphilis. Il s'agit fréquemment dans ces cas de lupus développé chez des syphilitiques héréditaires.

Éruptions iodo-potassiques et bromiques. — Pour des praticiens peu au courant des éruptions rares, certaines lésions provoquées par l'iodure de potassium peuvent simuler des syphilides. Ce sont les lésions dites *iodisme bulleux végétant.* Il suffit de les mentionner pour que l'on établisse tout de suite le diagnostic. Ces lésions évoluent avec rapidité, débutent par des bulles, qui s'ulcèrent et végètent. Elles se rapprochent d'ailleurs plutôt des syphilides malignes précoces ulcéreuses que des syphilides tertiaires véritables.

Il en est de même pour les éruptions nodulaires, végétantes, parfois croûteuses des *bromures.*

Ecthyma. — Aux membres inférieurs l'ecthyma simple produit des lésions ulcéreuses, croûteuses, qui chez les variqueux peuvent devenir profondes, parfois même polycycliques par confluence. Elles se distinguent des syphilides par la coexistence de lésions ecthymateuses de début, par une moindre infiltration des tissus, une moindre profondeur des ulcérations qui d'ordinaire ne sont pas taillées à pic, enfin par leur auto-inoculabilité.

Ulcères variqueux. — Il est souvent fort difficile de dire si un ulcère développé sur une jambe variqueuse est ou n'est pas de nature syphilitique. Voici quels sont les signes de présomption les plus importants qui permettent d'établir le diagnostic. L'ulcère variqueux siège d'ordinaire au tiers inférieur interne de la jambe : un ulcère siègeant au mollet ou au tiers supérieur de la jambe doit faire soupçonner la syphilis. L'ulcère variqueux est le plus souvent unique, les ulcères syphilitiques sont fréquemment multiples : ils sont circulaires ou ovalaires (gommes syphilitiques voir plus loin) ou polycycliques par confluence, tandis que l'ulcère variqueux n'a pas de forme définie. L'ulcère syphilitique est plus profond, plus taillé à pic que l'ulcère variqueux ; ses bords sont plus nodulaires et plus infiltrés, son fond est bourbilloneux ou recouvert d'une bouillie crémeuse jaunâtre (A. Fournier).

Épithélioma. — Il est relativement aisé de distinguer un épithélioma cutané d'un ulcère syphilitique. La lenteur de l'évolution de l'épithéliome, le peu d'infiltration inflammatoire des bords, la dureté toute spéciale du tissu morbide, la torpidité de l'ulcération, sa facilité à saigner au moindre contact; enfin, dans les cas vraiment douteux, la biopsie et l'examen histologique permettront toujours de trancher la difficulté.

Morve. — La morve simule à s'y méprendre les syphilides ulcéreuses tertiaires. (voir l'article *Morve* et *Farcin*). Dans plusieurs cas nous nous sommes trouvés en présence de telles difficultés que nous avons été obligés de recourir à l'inoculation intra-péritonéale du cobaye mâle, aux cultures et au traitement d'épreuve.

C. Érythème tertiaire. — L'*érythème tertiaire* se rattache étroitement aux roséoles circinées tardives. C'est un accident qui s'observe de la troisième à la dixième année de la syphilis. (Voir plus haut l'article *Roséoles circinées* et consulter l'ouvrage de A. Fournier : *Syphilis secondaire tardive*, 1906.)

II. **Gommes.** — Comme nous l'avons dit à l'article lésions élémentaires, la caractéristique microscopique de la *gomme* est de débuter dans les couches profondes du derme et dans l'hypoderme sous la forme d'un noyau plus ou moins volumineux, puis d'évoluer peu à peu en augmentant de dimensions, et en provoquant tout autour d'elle une réaction inflammatoire assez vive, d'envahir les couches supérieures du derme, et de finir par s'ouvrir à l'extérieur en laissant une ulcération cratériforme qui ne se comble et ne guérit que lentement.

On a décrit deux variétés de gommes sous-cutanées syphilitiques : *A*, la *gomme en tumeur*; *B*, la *gomme en nappe*.

Fig. 163. — Gomme du front à l'état cru.

A. Gomme en tumeur. — Au début (*période de crudité*) la gomme est constituée par une petite tumeur arrondie, globuleuse, d'un volume qui varie de celui d'un gros pois à celui d'une noix, rarement davantage. Elle est dure au toucher, mobile sur les tissus sous-jacents, indolente, et encore aphlegmasique. Elle peut rester en cet état pendant un laps de temps qui varie de quelques jours à plusieurs semaines.

Dans une deuxième phase (*période de ramollissement*) elle continue à grandir, mais devient pâteuse, puis molle, adhère aux tissus voisins, en particulier à la peau qui rougit, puis qui s'amincit peu à peu : en même temps la tumeur s'entoure d'une infiltration diffuse et commence à être le siège d'une légère sensibilité.

Fig. 164. — Gommes ulcérées de la partie antérieure et supérieure de la jambe.

Dans une troisième période (*période d'ulcération*) la peau usée progressivement se perce au niveau du point culminant de la tumeur, et il sort une assez petite quantité d'un liquide filant, ambré, ou purulent, mal lié, sanieux. Peu à peu cet orifice s'agrandit et atteint des dimensions qui varient de celles d'une pièce de 20 centimes à celles d'une pièce d'un franc selon le volume de la gomme. Au fond de cette ouverture se voit un tissu jaunâtre ou blanchâtre qui est la partie mortifiée centrale de la tumeur gommeuse. Cette sorte de bourbillon se désagrège par fragments et s'élimine progressivement en laissant une cavité arrondie, à bords taillés à pic, mais non décollés comme dans les gommes tuberculeuses, à fond un peu anfractueux et inégal qui présente encore pendant quelque temps çà et là des débris de matière blanchâtre, lesquels finissent par disparaître en totalité. Tout autour de l'ulcération gommeuse les téguments sont rouges, infiltrés, tuméfiés : ces lésions diminuent graduellement à mesure que l'on va vers les tissus sains.

Dans une quatrième période (*période de réparation*) le fond de l'ulcération se déterge complètement, bourgeonne, se relève, en même temps que l'infiltration et que la rougeur des bords diminuent et que ceux-ci s'affaissent. Peu à peu l'épidermisation de la plaie se produit de la périphérie au centre ; il persiste pendant fort longtemps de la pigmentation vers les bords de la cicatrice laquelle est indélébile et plus ou moins déprimée suivant les cas, mais lisse et non adhérente.

Toute cette évolution peut se faire en un laps de temps qui varie de quelques jours à plusieurs mois.

Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, plusieurs gommes peuvent se développer tout à côté les unes des autres, et confluer de manière à donner naissance à des ulcérations profondes polycycliques; les cicatrices consécutives ont la même physionomie.

B. Gommes en nappe. — On désigne sous le nom de *gommes en nappe* des infiltrations gommeuses parfois fort étendues, qui sont ou bien nettement délimitées vers

Fig. 165. — Syphilides gommeuses profondes et ulcéreuses du genou gauche.

leurs bords ou bien diffuses. Elles n'ont pas la même évolution au même moment sur toute leur étendue. En certains points elles sont ramollies, en d'autres ulcérées, en d'autres cicatrisées. Les ulcérations peuvent coalescer, former des circinations polycycliques qui s'étendent et donnent lieu à des délabrements très étendus. L'évolution des gommes en nappe est donc essentiellement lente, capricieuse, à étapes successives.

Les gommes sont des lésions toujours assez sérieuses : elles peuvent devenir réellement graves par suite de leur siège auprès d'une veine, d'un nerf, d'une articulation, par leur coexistence avec des varices qui mettent un sérieux obstacle à

leur cicatrisation, par leur extension à des organes importants tels que les os qu'elles peuvent nécroser, les artères qu'elles peuvent perforer. Parfois, après leur cicatrisation, elles semblent se reformer et se rouvrir.

Leur *diagnostic* est relativement facile : elles diffèrent des *gommes tuberculeuses* par leur aspect général, par l'absence de décollement des bords, par l'infiltration plus franchement inflammatoire des tissus périphériques, par leur évolution plus rapide, par le bon effet de la médication antisyphilitique.

Phagédénisme tertiaire. — Qu'il s'agisse de lésions tuberculo-ulcéreuses ou de gommes, la syphilis tertiaire prend dans certains cas heureusement rares un caractère très rapidement extensif soit en surface, soit en profondeur, et devient gravement destructrice : c'est ce que l'on appelle le *phagédénisme tertiaire*.

Les causes de cette complication ou mieux de cette modalité de la syphilis sont encore peu connues : il est possible qu'il s'agisse parfois, comme pour le chancre simple, d'associations microbiennes ; il est possible aussi que certains facteurs généraux tels que l'alcoolisme, le surmenage, les excès de toute nature, le diabète, etc., y prédisposent.

Symptômes. — On distingue deux variétés de phagédénisme tertiaire d'après l'évolution.

a) Le *phagédénisme en surface*; *b*) Le *phagédénisme térébrant*.

a) Le phagédénisme peut gagner en surface avec une grande rapidité, et parcourir ainsi de vastes étendues des téguments, détruisant certains organes tels que le

Fig. 166. — Syphilide tertiaire tuberculo-ulcéro-croûteuse phagédénique de la face à gauche.

prépuce, le fourreau de la verge, le scrotum, les lèvres, etc.., et laissant après lui des cicatrices plus ou moins vicieuses. Cette évolution peut se faire d'une manière assez régulière, centrifuge (*phagédénisme rayonnant*), ou bien d'une manière irrégulière, un seul point de la lésion primitive prenant un caractère rapidement extensif et gagnant devant lui suivant des lignes capricieuses et serpigineuses (*Ph. serpigineux*), ou bien enfin sans règle aucune, certains points de la lésion primitive prenant tour à tour le caractère rapidement extensif et s'arrêtant dans son évolution (*Ph. déréglé*).

L'aspect de l'ulcération phagédénique est assez variable suivant les cas : d'ordinaire les bords de la lésion sont rouges, infiltrés, comme renversés ; ils sont sou-

levés et pour ainsi dire décollés du tissu cellulaire sous-cutané; dans toute son épaisseur, mais surtout dans les couches profondes, la peau est infiltrée d'une matière sanieuse, grisâtre, qui pénètre assez loin dans les tissus au delà du rebord visible de l'ulcération. En dedans de ce bord se voit la perte de substance qui occupe habituellement toute l'étendue des téguments; elle est baignée de pus grisâtre, souvent sanguinolent ; cette perte de substance varie comme étendue de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Quand la lésion n'est pas traitée, elle est recouverte de croûtes brunâtres ou noirâtres baignées d'un liquide sanieux souvent fétide; en dedans se trouve enfin une région déjà parcourue par le mal et cicatrisée.

Fig. 167. — Même malade que sur la photographie précédente : après cicatrisation de la joue gauche, reprise du phagédénisme tertiaire à droite : l'ulcération était très rapidement extensive.

L'ulcération dans son ensemble forme d'ordinaire, comme nous l'avons dit plus haut, un arc de cercle plus ou moins complet d'assez grand rayon et bien limité.

Parfois le processus phagédénique se complique d'un processus gangréneux, ou se produit par le mécanisme de la gangrène.

Mauriac a décrit un *phagédénisme pultacé* dans lequel il existe à la surface de l'ulcère des sortes de fausses membranes lardacées d'un blanc grisâtre.

Dans certains cas, au lieu de détruire les téguments dans toute ou presque toute leur hauteur, le phagédénisme est superficiel et simplement érosif: (*phagédénisme exfoliateur* de Mauriac). Ces phagédénismes tuberculo-érosifs (A. Fournier) ont été surtout observés au cuir chevelu et à la face.

b) *Phagédénisme térébrant.* — C'est la variété de beaucoup la plus grave de la syphilis tertiaire. Ses sièges de prédilection sont le centre de la face, la gorge, et les organes génitaux. Dans cette forme le processus gommeux est extrêmement intensif, en profondeur et même en surface : il gagne avec une foudroyante rapidité les organes situés sous les téguments et les désorganise, en causant des délabrements et des mutilations effroyables. C'est ainsi qu'au centre de la face, il nécrose les os propres du nez, la branche montante du maxillaire supérieur, les cornets, l'ethmoïde, la voûte palatine; il ne reste plus qu'un énorme trou central : c'est ce que l'on a appelé *la gueule de loup.* A la gorge il détruit le voile du palais, l'isthme du gosier, les parties voisines du pharynx, etc... arrivant à constituer par la suite les symphyses palato-pharyngées, les perforations de la voûte palatine, etc... Aux organes génitaux il détruit en totalité ou en partie le prépuce, le fourreau, le gland et le pénis causant des perforations de l'urèthre, parfois des atrésies du méat consécutives ; chez la femme il détruit les grandes et les petites lèvres, le clitoris, la cloison recto-vaginale ; il cause des fistules recto-vaginales, des atrésies du méat et de la vulve; à l'anus il provoque des rétrécissements du rectum, etc...

Quand il siège aux membres, il s'attaque aux aponévroses, les franchit, puis gagne les muscles et les os sous-jacents ; les nerfs et les vaisseaux résistent presque toujours, et ils peuvent être disséqués dans une assez grande étendue :

parfois cependant de grosses artères sont envahies, et ils survient ainsi des hémorragies foudroyantes.

Dans quelques cas rares les phagédénismes de surface et térébrants se combinent.

Il n'y a rien de plus fantasque que la marche générale d'un phagédénisme. Il est souvent rapidement extensif et d'une manière continue : parfois au contraire il est torpide, lentement mais fatalement progressif; parfois enfin il est très irrégulier dans ses allures, il semble s'arrêter par moments pour reprendre avec plus d'intensité, sous l'influence de pansements mal faits, de cautérisations intempestives, de fatigues ou d'excès.

Quand il est très extensif ou térébrant, le phagédénisme peut se compliquer de troubles généraux de la santé, de fièvre, de perte d'appétit, d'amaigrissement, de prostration, etc... Il est parfois très grave à cause de sa durée (on en a vu persister pendant des mois et même des années), à cause des mutilations qu'il entraîne, des cicatrices vicieuses ou gênantes qu'il peut laisser après lui (voir plus haut).

SYPHILIS TERTIAIRE SUIVANT LES RÉGIONS

Les lésions syphilitiques tertiaires présentent certains caractères spéciaux aux lèvres, à la langue, à l'isthme du gosier, et aux organes génitaux : nous allons signaler rapidement ce qu'elles ont de particulier en ces régions.

Lèvres. — Les lèvres peuvent être le siège de syphilides tuberculo-ulcéreuses vulgaires, parfois elles y revêtent un caractère végétant assez accentué. On y observe aussi des gommes, sous la forme nodulaire habituelle ou sous la forme d'infiltration gommeuse avec foyers multiples d'ulcérations. Mais l'aspect le plus spécial qu'y prend la syphilis est celui du *syphilome hypertrophique diffus* (A. Fournier).

Cette lésion est caractérisée d'après cet auteur : 1° par une augmentation en masse du volume de toute la lèvre : c'est la lèvre inférieure qui est le plus souvent affectée ; 2° par une consistance spéciale des tissus qui sont comme empâtés et bouffis ; 3° par une fort légère modification de la couleur de la peau qui prend cependant dans quelques cas une teinte rouge sombre. La muqueuse est d'un rouge vif, comme tomenteuse, et parcourue de sillons qui lui donnent un aspect mamelonné.

Cette infiltration peut envahir aussi le menton, quelquefois même, quoique beaucoup plus rarement, les joues. L'aspect de la lésion est alors celui d'un éléphantiasis, et cette confusion a été faite en clinique. C'est le *léontiasis tertiaire*.

La marche de cette manifestation est extrêmement lente.

Le diagnostic d'avec l'*éléphantiasis* se fait par la couleur qui est d'un rouge bistre un peu sombre, par la coexistence fréquente de lésions analogues du côté de la langue et de la muqueuse des joues; parfois on trouve des tubercules syphilitiques en un point quelconque des téguments, à la face en particulier.

Langue. — La langue est un des organes qui sont le plus fréquemment atteints par la syphilis tertiaire, du moins chez l'homme. Chez la femme en effet les lésions syphilitiques tertiaires de la langue sont relativement rares, ce qui tient à ce qu'elle ne fait que peu d'usage du tabac et de l'alcool.

Dans beaucoup de cas les lésions syphilitiques tertiaires de la langue et de la face interne des joues sont compliquées de leucoplasie (voir ce mot).

Elles affectent deux types principaux : A, *la gomme ;* B, *la glossite scléreuse*.

A. Gommes de la langue. — Elles sont relativement assez rares. Elles peuvent se montrer à toutes les périodes de l'infection : d'ordinaire de la sixième à la dixième année.

Elles peuvent être superficielles ou muqueuses ; elles affectent alors la forme de nodosités arrondies, petites, du volume d'un tout petit pois ou d'un gros pois, isolées ou agminées au nombre de trois ou quatre : ce sont plutôt des syphilides tuberculo-ulcéreuses.

Elles peuvent être profondes ou intra-musculaires : elles sont alors uniques ou multiples, rarement elles dépassent le nombre de quatre : elles sont isolées ou rapprochées les unes des autres, confluentes, et forment d'énormes tumeurs

Fig. 168. — Glossite tertiaire scléro-gommeuse. Les ulcérations sont ici assez petites, relativement superficielles et se rejoignent en formant des pertes de substance assez considérables.

Fig. 169. — Glossite tertiaire scléreuse avec gomme profonde.

bosselées : leur volume varie de celui d'un très gros pois à celui d'une noisette. Quand elles sont ouvertes à l'extérieur, leur ulcération a une grandeur qui varie de celle d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, rarement plus ; ses bords sont arrondis ou ovalaires, taillés à pic, non décollés ; le fond, très creux, est grisâtre, bourbillonneux.

Il n'y a pas de douleur véritable, mais une simple sensation de gêne, et quelques souffrances au moment de la mastication ou au contact de substances un peu irritantes.

Les gommes de la langue guérissent d'ordinaire fort bien en ne laissant que des cicatrices un peu déprimées, linéaires ou stellaires. Elles se compliquent assez rarement de gangrène et de phagédénisme.

B. Glossite scléreuse. — C'est de beaucoup la manifestation syphilitique tertiaire la plus commune à la langue. Elle peut coexister avec des gommes minuscules ou moyennes et constituer macroscopiquement ce que l'on a appelé la *glossite scléro-gommeuse*.

Elle peut en outre être superficielle ou profonde.

1° *La glossite scléreuse superficielle ou corticale* comprend d'après A. Fournier :

a) *La glossite corticale en îlots* ou *en oasis* ou encore *glossite lenticulaire :* « elle est constituée par un, deux ou trois placards à contours arrondis ou ovalaires, plus rarement irréguliers, de la grandeur d'une lentille, d'une pièce de 20 centimes, plans ou faisant un très léger relief, d'un rouge assez foncé, lisses,

donnant au doigt la sensation d'une induration lamelleuse étalée, et siégeant sur la face dorsale de la langue. »

Elle peut siéger aussi, et fréquemment, d'après notre expérience personnelle, sur les bords de la langue, aux points qui sont soumis à des frottements sur des aspérités dentaires. Il faut bien connaître ces lésions et ces localisations, car elles permettent souvent de dépister une syphilis ignorée. Elles ressemblent beaucoup aux plaques en prairies fauchées de la période secondaire. Toutefois ces glossites lisses (A. Fournier) sont caractérisées par un processus scléreux.

Fig. 170. — Syphilome scléreux de la langue.

b) *La glossite corticale en nappe* est identique comme lésion à la précédente, mais elle forme un placard qui occupe une assez vaste région de la face dorsale de la langue presque toujours vers sa moitié antérieure.

La glossite scléreuse corticale a une évolution des plus lentes, elle peut se compliquer de fissures, d'excoriations parfois fort douloureuses. Peu à peu elle passe à l'état de sclérose cicatricielle superficielle, et est dès lors définitive.

2° *Glossite scléreuse profonde.* — Elle est beaucoup plus fréquente que la forme précédente. Elle peut occuper un point quelconque de la partie antérieure de la langue, parfois toute son étendue sauf sa face inférieure ; plus souvent elle se localise soit sur ses bords latéraux, soit sur sa face dorsale, soit sur un bord latéral et la partie adjacente de la face dorsale, etc...

Fig. 171. — Glossite scléreuse syphilitique tertiaire avec induration, fissures, et leucoplasie superficielle.

A. Fournier a admirablement décrit ces lésions :

« Quatre ordres de symptômes les caractérisent, à savoir :

« 1° *Tuméfaction de la langue.* — Elle n'est que partielle, se fait surtout en hauteur, mais aussi un peu dans le sens transversal.

« 2° *Mamelonnement et lobulation de la face dorsale.* — La face dorsale de la langue est inégale, bosselée, mamelonnée. Elle est tranformée en une série de petits mamelons saillants, voisins les uns des autres, irréguliers de volume et de forme, et de cet ensemble d'éminences mamillaires juxtaposées, que sépare un réseau de sillons, résulte pour l'organe une apparence lobulée.

« Cette lobulation de surface n'est rien autre qu'un *capitonnage lingual* d'origine cirrhotique. Le derme de l'organe s'est trouvé attiré, déprimé çà et là par des tractus néofibreux constitués au sein du parenchyme de l'organe, et cette rétraction s'est traduite par une série d'enfoncements, de dépressions, qui ont circonscrit et limité une série correspondante de lobules.

« Ce capitonnage ne se fait pas au hasard ; il procède généralement par longues

traînées longitudinales ou transverses, desquelles résultent les sillons constitutifs de la lobulation de l'organe.

« Ces sillons mesurent de 2 à 5 millimètres de profondeur : les principaux sont d'ordinaire antéro-postérieurs : il en part latéralement d'autres sillons transversaux ou obliques ; enfin d'autres sillons accessoires parcourent en tous sens les régions atteintes de façon à constituer un *véritable réseau* de scissures entre-croisées et anastomosées qui donnent à l'organe un aspect lobulé tout à fait caractéristique.

« 3° *Induration profonde des parties affectées.* — On croirait, en touchant une langue atteinte de la sorte, toucher à une langue en carton, une langue fibreuse, ou même une tumeur maligne, un épithéliome.

« 4° *Altérations diverses de la muqueuse au niveau des parties affectées.* — La muqueuse est modifiée comme *coloration* : elle affecte par places, par îlots, une teinte d'un rouge morbide, comme vineux. Sur d'autres points elle paraît au contraire plus blanche, décolorée et comme exsangue.

« De plus cette même muqueuse est unie, lisse, tendue, dépapillée sur presque toute l'étendue des parties affectées » (Fournier).

Sur un organe aussi profondément intéressé, il se produit à chaque instant des complications multiples. Tantôt ce sont des poussées congestives générales qui tuméfient l'organe, le rendent encore plus impotent et plus douloureux, poussées qui surviennent sous l'influence de contacts irritants, de troubles gastro-intestinaux, de constipation, de crises de goutte larvée ; tantôt ce sont des excoriations traumatiques par brûlure, par contact d'aliments irritants, de fumée de tabac ; tantôt ce sont des aphtes, des poussées d'eczéma, d'herpès, etc.... qui déterminent la formation d'exulcérations des plus longues à guérir ; et ces exulcérations peuvent être soumises à une évolution par poussées successives ou subintrantes.

Enfin la glossite scléreuse profonde se complique parfois de gommes qui s'ulcèrent en certains points.

Peu à peu, si un traitement approprié n'intervient pas, la sclérose de la langue s'accentue, l'organe devient rigide, peu maniable; il est engourdi, maladroit, articule les sons avec difficulté, et devient impropre à remplir ses fonctions pendant la mastication des aliments.

Diagnostic. — (Voir le traité de Fournier pour de plus amples détails.)

La glossite dentaire avec ou sans ulcère causée par le contact d'une saillie ou d'un chicot simule la glossite tertiaire des bords de la langue; parfois même le diagnostic ne peut se faire que par la constatation de l'existence du traumatisme et des effets obtenus par sa suppression.

Les gommes tuberculeuses de la langue qui peuvent, comme on le sait, avoir tous les volumes, simulent à s'y méprendre les gommes syphilitiques, soit à l'état cru, soit après leur ouverture. Le diagnostic se fondera sur les antécédents, sur l'examen précis des autres symptômes présentés par le malade, sur la recherche du bacille de Koch, sur les résultats de la biopsie et du traitement d'épreuve. L'ulcération tuberculeuse est d'ordinaire moins profonde que l'ulcération syphilitique ; sa base est plus souple ; ses bords, plus déchiquetés, peuvent être décollés ; il existe parfois tout autour de la plaie les points jaunes de Trélat ; enfin les lésions tuberculeuses de la langue sont assez souvent douloureuses.

La *leucoplasie* coexiste fréquemment avec la sclérose linguale syphilitique tertiaire. Il n'y a pas de diagnostic différentiel à faire entre ces deux lésions totalement différentes d'aspect, mais qui se superposent volontiers. On diagnostiquera

la coexistence de la syphilose toutes les fois que les tissus sous-jacents à la leucoplasie ou situés dans son voisinage seront indurés, mamelonnés, d'un rouge livide, violacés.

La partie réellement difficile du diagnostic des syphilides tertiaires linguales consiste à les différencier de l'*épithéliome*. C'est un point d'une importance capitale en pratique, et tout d'abord nous devons poser en principe que dans la plupart des cas la biopsie s'impose. L'examen histologique permet en effet de trancher le différend d'une manière décisive, rapide, et *inoffensive* pour le malade : on ne peut pas en dire toujours autant du traitement d'épreuve. Tel est pour nous le critérium capital.

Ceci posé, voici brièvement résumés les caractères sur lesquels repose le diagnostic clinique :

L'épithéliome est une affection de l'âge mûr (maximum de fréquence entre cinquante et soixante-dix ans) ; la syphilis linguale est de tout âge. L'épithéliome buccal est une maladie de l'homme ; il est d'ordinaire à foyer unique (mais il y a des exceptions) ; il peut atteindre la face inférieure de la langue, ce que ne fait jamais la syphilis. Il est habituellement constitué par une lésion circonscrite, par un gros champignon rouge et végétant, ou par une masse excavée, en géode, tandis que la syphilis a plus de tendance à s'étaler. L'épithéliome a des bords en relief, à bourrelets marginaux saillants, épais, *éversés ;* il a une dureté toute spéciale ; il saigne au moindre contact ; il donne à l'haleine buccale une fétidité presque particulière ; il immobilise rapidement la langue qui semble clouée au plancher de la bouche. Les malades sont atteints de ptyalisme.

Ajoutons qu'il provoque des douleurs spontanées pénibles ; les élancements vers les oreilles sont presque pathognomoniques. Enfin il influence rapidement le système ganglionnaire qui se tuméfie, ce que ne fait jamais la syphilis.

Dans les cas vraiment douteux, quand on ne peut pratiquer de biopsie, il est indiqué de soumettre le malade au traitement d'épreuve : autant que possible on doit alors recourir aux injections de calomel.

Palais et voile du palais.

Symptômes. — A. Fournier signale en ces régions des syphilides tuberculeuses sèches, de la syphilomatose hypertrophique, des syphilides gommeuses ulcératives : mais ces manifestations sont rares, quoique possibles : nous avons observé des syphilides tuberculo-ulcéreuses serpigineuses phagédéniques superficielles rebelles de toute cette région.

La lésion syphilitique par excellence de la voûte palatine et du voile du palais c'est la *gomme nodulaire, perforante*. Au palais elle s'accompagne presque toujours de nécrose de la partie médiane de la voûte palatine, et finit par produire une perforation avec communication entre les cavités nasales et buccales et toutes ses conséquences. Au voile du palais, les gommes perforantes sont uniques ou multiples, médianes ou latérales : elles évoluent comme partout ailleurs avec une période souvent latente de tuméfaction assez considérable et de rougeur diffuse pendant laquelle le voile est déformé, ne se contracte plus comme il le fait normalement, est épaissi et induré, mais non douloureux, puis une période de perforation, enfin une période de perte de substance arrondie à l'emporte-pièce qui d'ordinaire troue le voile de part en part, plus rarement n'entame que sa couche inférieure. Suivant l'importance des lésions, leur multiplicité, leur situation, il persiste après l'évolution du processus ou bien des échancrures marginales du

voile en encoche, ou bien une perforation centrale ou latérale unique ou multiple, ou bien une division totale du voile en deux parties qui s'écartent latéralement ; ou bien enfin une destruction presque complète ou absolue de cet organe.

Il est inutile d'insister ici sur les conséquences fonctionnelles de ces mutilations, altération de la voix, reflux nasal, etc...

Le phagédénisme et en particulier le phagédénisme gangréneux peut d'ailleurs survenir au voile du palais : il coexiste d'ordinaire avec celui de la gorge et du pharynx ; il cause d'effroyables mutilations de toutes ces régions, et ultérieurement des symphyses palato-pharyngées sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

Diagnostic. — Il faut se défier de toute angine peu douloureuse s'accompagnant de tuméfaction et d'impotence fonctionnelle du voile : s'il y a le moindre antécédent suspect de syphilis, il convient d'intervenir immédiatement sous peine de voir se produire avec une foudroyante rapidité des délabrements irréparables. La gomme palatine est en effet des plus déconcertantes par le peu de temps qu'elle met à évoluer.

Rien d'ailleurs ne simule vraiment la gomme syphilitique du voile du palais. La *tuberculose* n'en a ni l'évolution, ni la tuméfaction inflammatoire, ni l'indolence. L'*épithéliome* s'en distingue par ses localisations (il n'affecte jamais le voile primitivement), par la lenteur de son évolution, par les douleurs qui l'accompagnent, par l'induration des tissus, l'existence d'adénopathies, etc...

Organes génitaux de l'homme. — Parmi les accidents tertiaires cutanés qui peuvent se produire aux organes génitaux externes de l'homme, nous n'en avons vraiment qu'un seul à étudier d'une manière spéciale : c'est le *syphilome chancriforme des organes génitaux*.

Ce syphilome chancriforme est en réalité une sorte de *tubercule syphilitique nodulaire* d'une grandeur qui varie de celle d'un gros pois à celle d'une très grosse cerise, d'un rouge vif, assez nettement limité, qui s'ulcère à sa surface dans une étendue plus ou moins considérable, de manière à simuler totalement un chancre syphilitique. Ce qui contribue à aggraver la confusion c'est qu'assez souvent il se produit à la suite d'un coït suspect. Un des caractères différentiels les plus importants qui permet de soupçonner d'emblée qu'il ne s'agit point d'un accident primitif, c'est qu'il n'y a pas d'adénopathie multiple indolente : si l'ulcération s'irrite ou s'infecte il peut y avoir une adénopathie inflammatoire un peu douloureuse, mais c'est tout.

Ce syphilome chancriforme se développe assez fréquemment à l'endroit même où s'est produit autrefois l'accident primitif ou dans son voisinage. Son siège d'élection est donc la rainure glando-préputiale. Nous l'avons observé à la lèvre inférieure, simulant complètement le chancre induré extra-génital de cette région (voir plus haut le diagnostic du *chancre syphilitique*).

Signalons encore les *gommes véritables de la rainure glando-préputiale* qui sont d'ordinaire petites, d'un volume qui varie de celui d'un pois à celui d'une noisette, uniques ou multiples : elles affectent parfois la forme infiltrée en nappe et constituent alors une nappe dure qui envoie des prolongements, en avant vers la couronne du gland, en arrière vers les corps caverneux, et qui encercle l'extrémité de la verge en partie ou en quasi-totalité.

A la muqueuse préputiale, au gland et vers le filet, la syphilis tertiaire produit surtout des plaques superficielles indurées, arrondies ou ovalaires, à bords nettement

définis, d'un rouge un peu plus foncé que celui de la muqueuse normale. Elles peuvent encercler l'orifice du méat d'une zone d'induration de 3 à 6 millimètres de large.

Nous avons vu le gland à l'état de véritable écumoire farci de gommes syphilitiques multiples ouvertes ou à l'état cru.

Parfois la verge dans sa presque totalité est envahie par l'infiltration gommeuse et prend un faux aspect d'éléphantiasis.

Les infiltrations gommeuses dont nous venons de parler peuvent aboutir à l'ulcération suivant quatre types qui sont : a) *l'excavation caverneuse classique* ; b) *l'excavation chancriforme* rappelant assez l'aspect du chancre simple ; c) *l'excavation puléiforme* ou en puits (perte de substance étroite et profonde) ; a) *l'érosion simple* (syphilome chancriforme tertiaire) (A. Fournier).

Organes génitaux de la femme. — Nous n'avons rien de bien spécial à signaler à propos de la syphilis tertiaire des organes génitaux de la femme :

A la vulve. — Les lésions les plus fréquentes sont l'*infiltration gommeuse* avec tuméfaction, hypertrophie, et induration chondroïde, ligneuse : l'état de crudité persiste assez longtemps ; puis les parties malades se criblent d'ulcérations.

Parfois les lésions atteignent un développement considérable, presque éléphantiasique : c'est le *syphilome hypertrophique diffus de la vulve*.

Dans quelques cas, elles aboutissent à d'affreuses mutilations : disparition du capuchon du clitoris, amputation du clitoris, perforation ou destruction des petites lèvres, échancrures profondes et multiples des grandes lèvres, etc...

On a également signalé à la vulve des *gommes nodulaires isolées*, et tous les praticiens ont observé des *syphilides ulcéreuses tertiaires* (type classique) aux grandes ou aux petites lèvres, à la fourchette ou au vestibule.

Col de l'utérus. — Il n'est pas rare qu'il soit atteint par la syphilis tertiaire : mais ces lésions, qui sont indolentes, sont presque toujours méconnues.

Règle générale : on doit se défier de la syphilis toutes les fois qu'on se trouve aux prises avec une lésion rebelle du col utérin, excentrique par rapport au col utérin, et ayant une disposition générale vaguement circinée.

Vagin. — Il est fort rarement atteint par la syphilis tertiaire ; il l'est surtout vers l'orifice vaginal, parfois au voisinage du col utérin.

Bien qu'on y ait signalé des *syphilides ulcéreuses*, ce sont surtout les *gommes* qu'on y observe, soit sous la forme nodulaire qui y est exceptionnelle, soit surtout sous la forme d'infiltrats diffus arrivant à l'ulcération, et reposant sur une base dure, chondroïde, donnant au toucher l'impression d'un chancre ou d'un épithéliome.

Nous avons vu que le *phagédénisme tertiaire* peut envahir les organes génitaux de l'homme et ceux de la femme, et y produire d'horribles mutilations (voir en outre *esthiomène*).

IV. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

A. Fournier définit la *syphilis héréditaire : « la syphilis reçue par l'enfant de ses parents en état de syphilis au moment même de la procréation. »* La véritable syphilis héréditaire ne doit donc pas être confondue avec la syphilis que l'enfant peut recevoir in-utéro de sa mère syphilisée après qu'elle est devenue enceinte : on

donne à ce dernier mode de contamination le nom de *syphilis post-conceptionnelle.*

Nous n'avons pas dans cet ouvrage à étudier la syphilis héréditaire en elle-même : nous renvoyons pour cela aux traités spéciaux. Nous n'avons qu'à passer rapidement en revue ce que ce mode de contamination peut présenter de particulier comme accidents cutanés.

Facies de l'hérédo-syphilitique. — Dès sa naissance, l'hérédo-syphilitique peut avoir un facies tout spécial qui a été depuis longtemps décrit : peau terne, terreuse, d'un jaune café au lait, ridée, flasque, yeux enfoncés, aspect de petit vieillard.

Mais en réalité ce facies est relativement rare : le plus souvent l'hérédo-syphilitique vient au monde avec les plus belles apparences.

Lésions cutanées dès la naissance (*Accidents de la syphilis héréditaire précoce*). — Quand un symptôme dénote dès la naissance que l'enfant est bien entaché de syphilis, il s'agit presque toujours de la lésion à laquelle on a donné le nom de *Pemphigus syphilitique* ou de *syphilide polymorphe du nouveau-né*; l'enfant peut en outre présenter du *coryza* et des *plaques labiales.*

A. Pemphigus syphilitique. — Le pemphigus syphilitique n'est pas un pemphigus dans le sens propre du mot, on ne saurait trop le répéter : c'est une syphilide papuleuse de la plante des pieds, de la face inférieure des orteils, de la paume des mains, offrant les dispositions ordinaires des syphilides papuleuses secondaires de ces régions ; elle est formée par des papules d'un rouge vineux, de 2 à 10 millimètres de diamètre, isolées ou confluentes, polycycliques dans ce dernier cas, et présentant ce caractère spécial que l'épiderme à leur niveau est soulevé par de la sérosité louche, qui devient assez rapidement verdâtre ou hémorragique. Elles peuvent, au bout d'un à deux jours, se recouvrir de croûtes brunâtres reposant sur une exulcération.

Cette manifestation morbide ne se produit que dans la vie intra-utérine ou pendant les quelques jours qui suivent la naissance. Elle est donc éphémère : car le processus syphilitique ne donne jamais lieu à la bulle sur une peau normale.

Nous avons dit que les sièges de prédilection de la syphilide pemphigoïde étaient la paume des mains et la plante des pieds ; on l'a cependant signalée sur tout le corps, mais elle y est des plus rares.

Elle est pathognomonique de la syphilis (voir à l'article *Pemphigus épidémique des nouveau-nés* son diagnostic différentiel d'avec cette affection dont elle diffère totalement).

B. Coryza. — C'est un des signes les plus fréquents de l'infection syphilitique du nouveau-né, il peut en constituer l'unique symptôme ; il est caractérisé par un écoulement d'abord séreux, puis sanieux, purulent, sanguinolent, fétide, qui se concrète en croûtes d'un jaune verdâtre ou noirâtre, lesquelles obstruent les narines, et gênent la respiration et l'allaitement. Il est presque toujours symptomatique de lésions superficielles de la muqueuse nasale.

C. Plaques muqueuses des lèvres. — Elles sont extrêmement fréquentes, elles affectent surtout la forme de fissures plus ou moins profondes.

Le plus souvent elles sont situées vers les commissures (*plaques muqueuses commissurales*) ; elles y sont profondes, larges, radiées, roses, suintantes, presque

toujours entourées d'un bourrelet et recouvertes d'une croûte jaunâtre, brunâtre ou noirâtre. Parfois elles siègent *vers le milieu* de la lèvre supérieure, à droite et à gauche de la saillie médiane ; elles y ont de 5 à 10 millimètres de long, 1 à 2 millimètres de large ; elles sont rouges, sanguinolentes, indurées. Enfin elles sont parfois dispersées çà et là en un point quelconque des lèvres.

Ces plaques fissuraires laissent assez souvent après elles des cicatrices linéaires blanchâtres ou bleuâtres qui, d'après Parrot, seraient un stigmate de syphilis héréditaire.

Ces fissures sont douloureuses et gênent pour l'allaitement.

D. Accidents cutanés. — Jacquet les ramène à deux grandes variétés objectives chez les nouveau-nés syphilitiques :

a) *La syphilide érythémato-papuleuse polymorphe ;* b) *La syphilide acnéiforme.*

a) **Syphilide érythémato-papuleuse polymorphe.** — « Cette syphilide est constituée par des taches arrondies ou ovalaires, quelquefois irrégulières, pouvant dépasser un

Fig. 172. — Syphilides papulo-squameuses des membres inférieurs chez une enfant de 3 mois, hérédo-syphilitique.

centimètre de diamètre, parfois très pâles ; en ce cas, on peut les rendre plus apparentes en exerçant sur la peau quelques frictions, ou encore, comme le recommande Parrot, en faisant crier l'enfant. Plus souvent, d'ailleurs, elles sont foncées, d'un rouge sombre, violacé, ou d'un rose saumon tirant sur le jaune.

« Elles siègent surtout aux membres inférieurs, particulièrement sur les fesses, les pieds. Elles atteignent aussi les membres supérieurs et la face, spécialement le menton et le cou.

« D'abord rares et peu nettes, elles s'élargissent, deviennent plus foncées et plus nombreuses ; souvent il se fait des poussées successives.

« Quelques-unes s'éteignent peu à peu sans autres modifications, en laissant, pendant un certain temps, une tache brunâtre, mais la plupart d'entre elles persistent et desquament.

« D'autres s'accentuent davantage, deviennent appréciables au doigt, papuleuses. Tantôt la saillie porte également sur l'élément tout entier ; tantôt au contraire, et plus souvent, la périphérie est notablement plus saillante que le centre et plus colorée.

« La surface de ces papules est mate, un peu inégale, couverte de petites squames furfuracées et d'une cuticule assez épaisse. Parfois cette cuticule tombe et alors la papule apparaît lisse luisante » avec la collerette de Biett à sa périphérie.

Le pemphigus syphilitique des nouveau-nés peut coexister; il n'est d'ailleurs qu'une simple variété objective de la syphilide érythémato-papuleuse.

« Il est donc conforme à l'observation clinique d'admettre l'existence d'une syphilide polymorphe caractérisée par des macules et des papules pouvant dans certaines circonstances se recouvrir de bulles ; seulement, tandis que chez le nouveau-né, en raison de conditions circulatoires spéciales et de l'état des tissus, la bulle est constante et seule appréciable, chez les enfants plus âgés au contraire les autres modalités éruptives sont apparentes et prédominantes. Je rejette donc l'existence, à titre isolé, de trois espèces autonomes, bulleuse, maculeuse, et papuleuse. » (Jacquet.)

D'après le même auteur, il existe quatre variétés principales de cette syphilide polymorphe hérédo-syphilitique.

1° *Variété fruste.* — Les éléments éruptifs sont réduits au minimum : deux ou trois taches arrondies, d'un rouge sombre, çà et là disséminées, une légère fissure labiale, par exemple.

2° *Variété ulcéreuse.* — Les lésions (macules, papules ou bulles) s'ulcèrent, surtout vers les fesses et les points de pression. (*Syphilides ulcéreuses* des auteurs.)

3° *Variété circinée.* — Les lésions tendent à se grouper de manière à former des circinations.

4° *Variété psoriasiforme.* — Elle est très rare, et constitue de grands éléments cerclés ou hémi-cerclés, recouverts de squames furfuracées abondantes.

Variétés régionales. — *A la face* les lésions occupent surtout le pourtour de la bouche, le menton, le front et les sourcils ; autour de la bouche en particulier elles peuvent former par confluence une nappe d'un rouge vif, irritée par l'écoulement de la salive et du lait, assez souvent fissurée, excoriée, suintante, partiellement recouverte de croûtes. Même aspect parfois autour et au-dessous des narines.

« Sur le reste de la face, en particulier aux sourcils, les syphilides sont grisâtres ou bleuâtres, croûteuses, parfois franchement impétigineuses d'aspect » (*impétigo syphilitique des auteurs*) ; en somme elles sont séborrhéiques.

Au cuir chevelu elles sont également saillantes, recouvertes de croûtes larges et épaisses.

Au *niveau des plis de la peau,* les syphilides sont plus saillantes, exulcérées, érosives (*Syphilides papulo-érosives*). Sevestre a décrit avec soin une *syphilide papuleuse en rhagade* qui existe fréquemment à la partie supérieure et antérieure du sillon qui sépare l'oreille du crâne.

b) **Syphilide acnéiforme.** — « Les éléments éruptifs initiaux sont représentés par une papule saillante ombiliquée, de la grandeur d'une tête d'épingle ou d'une toute petite lentille, centrée d'une croûtelle.

« Par leur agglomération, ils constituent d'assez *vastes nappes* » (Jacquet).

D'après Jacquet on n'observe pour ainsi dire jamais chez le nouveau-né d'éruption semblable à la roséole de l'adulte. Gailleton et Mador-Champvermeil ont décrit un *érythème squameux* qui serait caractéristique de la syphilis héréditaire ; leurs travaux n'ont pas été confirmés.

La *syphilide lenticulaire de Parrot* n'est pas autre chose que l'érythème papuleux fessier post-érosif de Jacquet (voir article *Érythème chez les enfants*).

La plupart des *syphilides gommeuses* qui ont été décrites chez les nouveau-nés étaient des abcès sous-cutanés.

Nous avons vu plus haut que les syphilides des fesses et de la région postéro-interne des cuisses et des jambes s'ulcèrent chez le nouveau-né avec une réelle facilité. On a décrit deux formes de cette *syphilide ulcéreuse :* a) *une forme superficielle diffuse*, pouvant arriver à constituer de vastes exulcérations à bords irréguliers, à fond rosé ou grisâtre avec piqueté rose, pouvant au contraire former des exulcérations arrondies ou ovalaires limitées ; b) *une forme limitée profonde*, siégeant vers les régions anales et ischiatiques, le scrotum, la partie postéro-supérieure des cuisses : les ulcérations débutent par des papules syphilitiques, creusent à l'emporte-pièce, puis gagnent par les bords en empiétant sur les tissus sains ; leur fond est rouge ou grisâtre sanieux ; par confluence elles peuvent prendre un aspect serpigineux. En somme il s'agit là d'une sorte de processus phagédénique, très voisin comme aspect de l'ecthyma térébrant infantile.

Enfin on peut observer chez le nouveau-né hérédo-syphilitique un *périonyxis ulcéreux*, conséquence d'une syphilide développée autour de l'ongle, et une *alopécie* mal définie dans ses symptômes.

Syphilis héréditaire tardive. — On sait que la syphilis héréditaire peut produire des lésions spécifiques actives pendant la seconde enfance et même pendant l'adolescence et à un âge avancé de la vie : c'est ce qu'on appelle la *syphilis héréditaire tardive*.

Elle se traduit assez fréquemment par des lésions cutanées et muqueuses qui affectent le voile du palais, le pharynx, la langue, le nez et les fosses nasales, etc., et qui revêtent l'aspect du tertiarisme : elles ont pendant longtemps été considérées comme étant de nature scrofuleuse.

Il nous suffira de dire qu'elles ont la physionomie générale que nous avons décrite à propos des syphilides tertiaires, et que l'on trouve assez fréquemment chez les sujets qui en sont porteurs des antécédents et même des stigmates qui permettent d'affirmer l'hérédo-syphilis. Les plus célèbres de ces stigmates sur lesquels nous n'avons pas à insister ici constituent la fameuse triade d'Hutchinson : malformations dentaires, lésions oculaires, troubles de l'ouïe. Ajoutons-y les cicatrices de Parrot, les difformités osseuses, craniennes, nasales, tibiales (tibia en lame de sabre), les lésions testiculaires, l'aspect général du sujet, et nous aurons ainsi schématisé les éléments principaux du diagnostic.

Traitement.

N.-B. — Ce qui suit est forcément très incomplet et tout à fait insuffisant. Rien de plus discuté que la question du traitement de la syphilis, et cela à juste titre. Nous ne pourrons même pas examiner les points en litige. Nous nous contenterons d'indiquer ce qui nous paraît être le plus rationnel. D'ailleurs il ne faut pas croire que l'on puisse formuler un traitement de la syphilis régulier et métho-

dique, que l'on doive appliquer indistinctement à tous les cas : agir ainsi c'est faire œuvre de théoricien de laboratoire ou de cabinet, c'est méconnaître tous les droits de la clinique et les premiers principes de l'observation. Tous les sujets ne sont pas égaux devant la vérole ; ils ne le sont pas non plus devant les médicaments que l'on administre contre elle : comment donc peut-on vouloir réglementer la médication d'une manière précise et uniforme ? Ici encore, comme pour toutes les maladies, l'initiative du médecin en présence d'un cas donné doit être considérable : les règles que nous allons indiquer ne doivent être regardées que comme une moyenne dont il faut savoir se départir suivant les circonstances.

Traitement général.

I. **Période primaire.** — La théorie qui considère l'*excision du chancre* comme un moyen radical de supprimer la maladie et de mettre totalement le sujet contaminé à l'abri de tout accident ultérieur *est, à notre avis, discutable.*

Nous conseillons de pratiquer cette excision quand elle peut se faire facilement sans provoquer de délabrement ni surtout de cicatrices ultérieures, lorsque le chancre siège sur le prépuce par exemple, car on supprime ainsi une plaie virulente d'une assez longue durée.

Cette excision devient une quasi-nécessité lorsqu'il s'agit d'une personne mariée, car il faut dans ce cas supprimer autant qu'il est possible toutes les causes de contagion.

Ne jamais commencer le traitement général avant que le diagnostic de syphilis ne soit nettement posé. Ceci est une règle que nous considérons comme absolue : car, en agissant autrement, on peut attribuer l'absence d'accidents ultérieurs à l'effet de la médication, et l'on s'expose ainsi à soigner pendant des années un sujet pour une affection qu'il n'a pas et qu'il pourrait ensuite contracter.

Mais dès que le diagnostic est incontestable, commencer le traitement général.

Tout d'abord imposer une hygiène rigoureuse : vie calme, tranquille, pas d'excès d'aucune sorte, ni de plaisir, ni de travail ; exercice corporel modéré, bonne alimentation, pas d'aliments excitants, ni d'alcool ; supprimer le tabac.

Bien répéter au malade qu'il est contagieux.

Soigner son état général, quand c'est nécessaire, par des médicaments appropriés.

II. **Période secondaire** *ou pour mieux dire période des accidents d'infection générale qui suivent immédiatement l'apparition du chancre, et dont la durée est éminemment variable suivant les sujets* (de quelques mois à plusieurs années).

Le traitement général est indispensable.

Pendant les premiers mois il faut donner le mercure.

La méthode que l'on doit théoriquement préférer toutes les fois qu'elle est possible est celle des injections hydrargyriques.

Malheureusement, en clientèle, on ne peut toujours y avoir recours. Nous étudierons donc successivement la méthode gastro-intestinale, la méthode cutanée, la méthode hypodermique et intra-veineuse.

A. Méthode gastro-intestinale. — *Le traitement par le tube digestif est possible.*

1° Prendre le matin dans du lait une grande cuillerée à soupe de liqueur de van Swieten sans alcool. — Au bout de deux ou trois jours, si elle est bien supportée, en prendre une deuxième cuillerée à soupe toujours dans du lait un peu avant le

dîner. Si les accidents ne se modifient pas rapidement, *fractionner les doses* : c'est-à-dire donner une ou deux cuillerées à soupe de liqueur de van Swieten en 4 ou 5 fois dans la journée ; on obtient ainsi des effets thérapeutiques bien supérieurs, et souvent le médicament est bien mieux toléré.

2° Si la liqueur de van Swieten donne des maux d'estomac ou de la diarrhée, ajouter à chaque cuillerée de liqueur de X à XXX gouttes d'élixir parégorique du Codex.

3° Si, même avec cette modification, la liqueur de van Swieten ne peut être tolérée, recourir au lactate de mercure en solution aqueuse au 1/1 000 aux mêmes doses que le bichlorure (Gaucher), ou au biiodure d'hydrargyre en solution de manière à en donner de 5 à 15 milligrammes par jour. On fabrique des pilules solubles de sublimé et de biiodure que le malade peut avoir sur lui et qu'il fait dissoudre dans de l'eau ou dans du lait avant les repas.

Nous n'avons recours aux véritables pilules que lorsque nous ne pouvons agir autrement, car leurs effets sont presque toujours bien moins puissants que ceux des solutions : par exemple, prendre avant chaque repas une des pilules suivantes (de 2 à 3 par jour) : bichlorure d'hydrargyre, 1 centigramme, extrait thébaïque, de 5 milligrammes à 1 centigramme, mie de pain, q. s. pour une pilule (mettre le moins d'extrait thébaïque possible : cette substance est destinée à combattre les maux d'estomac et la diarrhée) (formule d'E. Vidal).

4° Si le tube digestif ne peut supporter ni le sublimé, ni le lactate, ni le biiodure recourir au protoiodure : protoiodure de mercure, 5 centigrammes, extrait thébaïque de 1 à 2 centigrammes, racine de réglisse pulvérisée, q. s. pour une pilule (de 1 à 2 pilules par jour) : ou bien au tannate de mercure en pilules de 5 centigrammes de sel, ou bien au salicylate de mercure en pilules de 1 centigramme de sel. Mais ces préparations nous paraissent inférieures au bichlorure, au lactate, ou au biiodure d'hydrargyre.

5° Audry a préconisé dans ces derniers temps l'emploi des suppositoires à l'huile grise contenant chacun de 2 à 4 centigrammes de mercure métallique. La dose ordinaire pour l'adulte est de 3 centigrammes de mercure par suppositoire. On en met un tous les soirs pendant un mois environ. Leur action est réelle ; ils doivent être employés chez les sujets qui ont des troubles digestifs.

6° *Toutes les fois qu'on donne du mercure, prendre des soins minutieux de la bouche.*

Faire arranger les dents, soigner les gencives.

Faire savonner matin et soir les gencives avec un savon dentifrice, et les faire frictionner plusieurs fois par jour avec la poudre dentifrice suivante : poudre de quinquina, 15 grammes ; poudre de ratanhia, 5 grammes,

Faire laver plusieurs fois par jour la bouche avec une solution de chlorate de potasse plus ou moins forte, suivant la tolérance de la muqueuse buccale, ou avec de l'eau oxygénée à 12 volumes neutralisée étendue d'eau.

Combien de temps doit-on administrer le mercure ?

Question des plus difficiles, presque insoluble.

Quand il n'y a pas d'accidents visibles, le donner pendant les huit ou dix premiers mois de la maladie à petites doses pendant quinze à vingt jours par mois.

Quand il y a des accidents visibles, le donner à doses plus fortes jusqu'à disparition de ces accidents par périodes de vingt à vingt-cinq jours avec intervalles de repos de huit jours.

Tout cela est d'ailleurs subordonné à la manière dont le malade supporte le médicament.

B. Méthode cutanée. — *Le traitement par le tube digestif et par les injections n'est pas possible.*

1° Nous conseillons vivement d'employer dans ce cas la méthode des frictions.

Faire préparer huit boîtes à la fois contenant chacune, suivant l'intensité des accidents, de 3 à 6 grammes d'onguent napolitain frais, ou bien de 1 à 5 grammes de savon au calomel fortior de Watraszewski.

Le premier soir, savonner avec de l'eau chaude et du savon non irritant la jambe gauche, du genou au cou-de-pied ; essuyer : prendre alors avec la main droite nue le contenu d'une des boîtes et frictionner avec la pommade la région savonnée pendant quinze à vingt minutes, de façon à faire pénétrer pour ainsi dire la pommade dans les téguments ; envelopper ensuite la région frictionnée d'un morceau de flanelle ; dormir ainsi toute la nuit ; le lendemain matin, savonner avec de l'eau chaude et du savon pour enlever tout vestige de pommade.

Le deuxième soir, procéder de la même manière à la cuisse gauche ; le troisième soir à la jambe droite; le quatrième à la cuisse droite ; le cinquième soir recommencer à la jambe gauche et ainsi de suite jusqu'au huitième soir. Suspendre alors le traitement pendant quatre à quinze jours suivant l'intensité des accidents syphilitiques, puis recommencer une nouvelle série de huit jours de frictions, et ainsi de suite.

Si l'une des régions que nous avons indiquées rougit, s'irrite sous l'influence des frictions, on ne refait pas de frictions en ce point; on remplace la région malade par une des quatre régions suivantes : face interne des deux membres supérieurs, parties latérales du tronc.

Il est bon de ne pas faire les frictions sur des régions trop velues, car les poils favorisent les éruptions d'hydrargyre.

Il vaut mieux que ce soit le malade lui-même qui fasse ses frictions.

2° Si les frictions sont impossibles, on peut recourir :

a) Aux bains de sublimé (de 10 à 20 grammes de sublimé par grand bain ordinaire) ;

b) Aux fumigations (moyen fort difficile à appliquer en clientèle) ;

c) Aux flanelles mercurielles de F. Vigier que l'on n'a qu'à mettre autour de soi ou même sous son oreiller pendant la nuit ;

d) Aux applications de larges bandes d'emplâtre au calomel (de Quinquaud) autour du corps.

C. Méthode hypodermique et intraveineuse. — Les injections sous-cutanées et intra-veineuses de préparations mercurielles constituent la méthode de choix de traitement de la syphilis quand elles sont possibles.

On distingue deux grandes variétés de préparations mercurielles injectables: les insolubles et les solubles[1].

Préparations mercurielles insolubles. — Pour les bien pratiquer il faut avoir : *a*) une seringue de Pravaz stérilisable ; les seringues tout en verre, modèle Luer, sont de beaucoup préférables à toutes les autres pour les injections de composés mercuriels ; *b*) de longues aiguilles en platine iridié pour qu'on puisse les flamber

[1] Voir pour plus de détails sur ce point les travaux si intéressants de Jullien, de Balzer, de Le Pileur, de Barthélemy et Lévy-Bing, etc...

chaque fois; *c*) tout ce qu'il faut pour nettoyer et aseptiser la fesse où l'on fera l'injection, et pour aseptiser la canule et la seringue.

L'*huile grise* est de toutes les préparations insolubles, et, on peut le dire, de toutes les préparations utilisées en injections, de beaucoup la plus employée. Elle doit cette vogue : 1° à ce qu'on peut ne faire qu'une injection par semaine; 2° à ce que l'injection n'est que peu ou point douloureuse; 3° à ce qu'elle ne provoque pour ainsi dire jamais d'abcès quand elle est bien faite; 4° à sa réelle efficacité.

Les inconvénients principaux sont : 1° la difficulté qu'il y a à injecter une dose exacte; 2° l'inconstance de son homogénéité surtout quand on la chauffe; 3° la possibilité d'avoir avec elle des stomatites tardives violentes chez les sujets qui ne prennent pas de soins minutieux de leur bouche; 3° l'infériorité notable de son efficacité par rapport au calomel et aux injections intraveineuses de cyanure.

Barthélemy, Le Pileur ont fait construire des seringues spéciales pour faciliter les injections d'huile grise (voir le très intéressant article de Le Pileur, *Journal de médecine de Paris*, 1905, p. 226).

La formule de l'huile grise varie suivant chaque praticien. Voici celle de Vigier qui est la plus employée :

Vaseline liquide	5 grammes.
Onguent napolitain	2 —
Mercure	39 —

Triturez pendant un quart d'heure.

Ajoutez :

Vaseline blanche	14 grammes.
Vaseline liquide	40 —

Cette formule donne, en poids, exactement 40 p. 100 de mercure métallique.

On doit agiter cette préparation vigoureusement pendant cinq minutes avant de l'introduire dans la seringue.

Pour faire l'injection, il faut que le sujet soit étendu à plat ventre sur une chaise longue ou sur un lit. On savonne la fesse où l'on doit faire l'injection, on la brosse au savon, on la rince à l'eau stérilisée, on la lave à l'éther et à l'alcool camphré. La seringue et la canule ont été stérilisées. Le malade doit laisser les muscles fessiers dans la résolution.

Sur une ligne allant obliquement de l'extrémité inférieure du sacrum à la dépression trochantérienne, on choisit un point situé à environ trois travers de doigts de l'espace interfessier : c'est le point de Galliot. On y enfonce la canule seule tout d'abord à environ 4 centimètres de profondeur, de façon à traverser l'aponévrose et à pénétrer dans les masses musculaires de la fesse. Quand on est bien sûr que l'on n'est pas dans une veine, c'est-à-dire quand au bout de deux minutes on ne voit pas de sang soudre par la canule, on adapte la seringue à la canule et on pousse fort lentement l'injection.

On injecte d'ordinaire de 3/20 et demi à 4/20 de centimètre cube du mélange dont nous venons de donner la formule, c'est-à-dire environ de 7 à 8 centigrammes de mercure métallique : d'après Le Pileur, en injectant ce volume du mélange, on injecte environ de 9 à 10 centigrammes de mercure métallique.

Ces injections se font d'ordinaire une fois par semaine, tantôt dans une fesse, tantôt dans l'autre. Certains syphiligraphes en font des séries de 6 à 7 de suite, certains autres ne font que des séries de 4. Le Pileur qui est partisan des courtes

séries fait remarquer qu'après la quatrième injection le nombre des globules rouges et la quantité d'hémoglobine diminuent dans le sang au lieu d'augmenter, et que la stomatite devient, passé cette dose, beaucoup plus fréquente.

Voici le tableau que donne cet auteur pour fixer le traitement de la syphilis par les injections d'huile grise :

1re année	1re série : 4 injections	1 mois.	12 mois.
	Repos	2 —	
	2e série : 4 injections	1 —	
	Repos	2 —	
	3e série : 3 injections	1 —	
	Repos	3 —	
	4e série : 4 injections	1 —	
	Repos	1 —	
2e année	Repos	2 mois.	12 mois.
	5e série : 4 injections	1 —	
	Repos	3 —	
	6e série : 3 injections	1 —	
	Repos	4 —	
	7e série : 4 injections	1 —	
3e année	Repos	3 mois.	12 mois.
	8e série : 4 injections	1 —	
	Repos	4 —	
	9e série : 3 injections	1 —	
	Repos	3 —	
4e année	10e série : 3 injections	1 mois.	12 mois.
	Repos	5 —	
	11e série : 4 injections	1 —	
	Repos	5 —	

5e année et suivantes : *ad libitum* en ne faisant plus que des séries de 3 injections.

Nous ferons à cette ligne de conduite le seul reproche de ne pas être assez intensive pendant la première période ou période d'infection de la syphilis.

La préparation mercurielle insoluble la plus active est sans contredit *le calomel :* on l'emploie en suspension dans de l'huile d'olive stérilisée ou dans de la pétrovaseline. Suivant l'âge et la résistance des sujets on en injecte chaque fois de 1 à 10 centigrammes. Chez l'adulte on en injecte d'ordinaire la première fois 5 centigrammes, la deuxième fois 7 centigrammes, et si c'est bien toléré la troisième fois et les fois suivantes 10 centigrammes chaque fois. Ces injections se font tous les huit, dix ou quinze jours suivant les réactions qu'elles produisent. La technique est la même que pour l'huile grise. Il en faut environ de 6 à 8, suivant la quantité de composé mercuriel que l'on injecte chaque fois, pour faire une série efficace de traitement. Dans une série on doit en effet injecter selon les sujets de 40 à 60 centigrammes de calomel. Il est bon que la préparation de calomel soit fraîchement préparée, que le calomel soit en état de très fine suspension pour qu'il ne bouche pas la canule et qu'il cause moins de douleurs : il faut agiter violemment le mélange avant de s'en servir.

L'injection de calomel est incontestablement l'agent thérapeutique le plus efficace que nous ayons contre les manifestations rebelles de la syphilis ; mais elle est fort souvent très douloureuse ; elle peut du troisième au sixième jour après qu'elle a été faite provoquer une véritable impotence fonctionnelle, en même temps que la région devient le siège d'une tuméfaction considérable : elle cause parfois des

névralgies, des abcès profonds ou canaliculaires amicrobiens par fonte des tissus voisins. La femme la supporte beaucoup plus mal que l'homme.

Les injections de calomel sont tout particulièrement recommandables pour les chancres phagédéniques, les syphilis malignes précoces qui tolèrent le mercure, les glossites tertiaires, les syphilides linguales à forme secondaire rebelles, les laryngites syphilitiques graves, les syphilides psoriasiformes plus ou moins kératodermiques de la paume des mains ou de la plante des pieds, les syphilides tertiaires récidivantes de la face et des lèvres, les affections syphilitiques rebelles du globe oculaire.

Elles *sont contre-indiquées* chez ceux dont les dents et les gencives sont en mauvais état, chez les variqueux, les cardiaques avancés, les diabétiques, les brightiques vrais, les cirrhotiques, les débilités.

Préparations mercurielles solubles. — On injecte profondément dans les fesses ou les masses musculaires lombaires, ou, d'après quelques auteurs, simplement dans le tisssu cellulaire sous-cutané, une fois par jour ou tous les deux jours selon la gravité des accidents, pendant des périodes de quinze à vingt-cinq jours séparées par des intervalles de repos plus ou moins prolongées suivant la gravité des cas, de un à deux centimètres cubes d'huile au biiodure (biiodure d'hydrargyre 40 centigrammes, huile stérilisée 100 grammes), ou de solution de peptone ammonique mercurique de Delpech (formule de la peptone ammonique mercurique : — Bichlorure d'hydrargyre 10 grammes, peptone sèche et chlorure d'ammonium à 15 grammes : — en mettre, pour avoir la solution, 50 centigrammes dans 5 grammes de glycérine et 25 grammes d'eau (chaque seringue renferme près de 5 milligrammes de sublimé) — ou bien de une demi-seringue à une seringue de la solution suivante : eau distillée 40 grammes, chlorure de sodium 40 centigrammes, bichlorure de mercure 20 centigrammes (chaque seringue renferme environ 5 milligrammes de sublimé) : ajouter de la morphine ou de la cocaïne si l'injection est douloureuse. Stoukovenkoff recommande beaucoup le benzoate d'hydrargyre : benzoate de mercure 30 centigrammes, chlorure de sodium 10 centigrammes, chlorhydrate de cocaïne 15 centigrammes, eau distillée 40 grammes.

Nous employons surtout le cyanure d'hydrargyre aux doses de 10 à 15 milligrammes par jour en solution aqueuse (c'est de cette préparation que nous nous servons toujours pour les injections intra-veineuses que nous pratiquons dans les cas graves aux veines du bras), — et le biiodure d'hydrargyre solubilisé par l'iodure de sodium en solution aqueuse aux doses moyennes de 2 centigrammes de biiodure par jour. Ce sont les deux préparations qui nous ont paru être le plus efficaces.

Les injections sous-cutanées de préparations mercurielles solubles peuvent rendre de grands services dans la pratique ; elles ont l'inconvénient d'exiger l'intervention quotidienne du médecin. Elles n'ont pas la grande efficacité des injections de calomel. Elles peuvent en outre provoquer des douleurs, des nodules inflammatoires, des hémorragies, des abcès, des gangrènes, etc...

Abadie, après Baccelli, a beaucoup recommandé les injections intra-veineuses de sublimé ou de cyanure d'hydrargyre. Nous venons de dire que nous utilisons beaucoup ces dernières quand il est nécessaire d'agir avec une grande rapidité.

D. Quand et comment faut-il donner l'iodure de potassium dans la période dite secondaire ? — La forme suivant laquelle nous conseillons de donner l'iodure est la suivante : se servir d'une solution d'iodure chimiquement pur à 20 grammes

pour 80 grammes d'eau distillée et renfermant par conséquent exactement 1 gramme d'iodure par cuillerée à café de 5 grammes, ou bien de dragées renfermant chacune 50 centigrammes ou 1 gramme de sel.

Prendre toujours l'iodure soit dans du lait à jeun, soit aux repas (au commencement, au milieu, ou à la fin suivant les susceptibilités individuelles) dans de la bière, dans de l'eau de Vichy ou mieux encore dans du chocolat.

Si les phénomènes d'intolérance sont très marqués, essayer de les combattre en ajoutant à l'iodure de l'arséniate de soude ou de la teinture de belladone, ou même de l'atropine.

Pendant les huit ou dix premiers mois de la syphilis il est de règle en France de ne pas donner de l'iodure sauf dans les circonstances suivantes, — et dans ces cas on le donne d'ordinaire en même temps que le mercure.

a) Si l'induration du chancre est énorme et ne semble pas avoir de tendance à diminuer;

b) Si les adénopathies sont très développées et tendent à s'accroître;

c) Si les accidents secondaires (hypertrophies des amygdales, éruptions papuleuses ou papulo-tuberculeuses, etc.), ne semblent pas céder au seul traitement hydrargyrique;

d) Mais surtout si le malade éprouve des céphalées syphilitiques, des douleurs périostées tibiales ou autres, s'il présente des gommes précoces. *Dans ces derniers cas l'administration rapide, aux doses de 2 à 4 et même 6 grammes par jour, de l'iodure de potassium devient une absolue nécessité.*

On ne donne d'ordinaire jamais d'iodure quand on fait des injections de calomel, et même d'huile grise.

III. **Que faut-il faire à partir du huitième mois de la syphilis ?** — Question des plus discutées et des plus délicates.

1° *S'il y a des accidents*, les traiter, et dans ce cas employer presque toujours, jusqu'à leur disparition complète, soit les injections mercurielles, soit, si l'on emploie les méthodes gastrique ou cutanée, *le traitement mixte*, c'est-à-dire de 2 à 3 centigrammes de sublimé ou de lactate de mercure et de 1 à 3 grammes d'iodure de potassium par jour (voir plus haut pour le mode d'administration).

2° *S'il n'y a pas d'accidents*, nombre d'auteurs recommandent de laisser le malade tranquille, et cette opinion est soutenable; nous croyons toutefois plus prudent d'adopter la ligne de conduite suivante, *en faisant remarquer qu'elle n'est qu'une moyenne, et qu'on doit la modifier en plus ou en moins suivant chaque cas particulier*. Il est de plus entendu que s'il se produit le moindre accident on agit immédiatement comme ci-dessus.

a) Du neuvième au dix-huitième mois, le malade se traitera quinze jours par mois, et prendra un mois de 1 gramme et demi à 2 grammes d'iodure de potassium par jour, le mois suivant 2 à 3 centigrammes environ de sublimé par jour et ainsi de suite; le traitement sera donc composé de périodes de quinze jours pendant lesquelles on prendra tantôt le mercure, tantôt l'iodure, et ces périodes seront séparées par quinze jours de repos.

b) Du dix-huitième mois à la fin de la troisième année, prendre tous les deux mois pendant vingt jours tantôt de 2 à 3 centigrammes de sublimé; tantôt 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

c) Pendant la quatrième année, prendre tous les trois mois pendant vingt jours 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

IV. **Traitement des accidents tertiaires.** — Faire tout de suite une série d'injections de calomel ou d'huile grise d'après les méthodes indiquées ci-dessus sans donner d'iodure : ou faire des injections quotidiennes de 2 centigrammes de biiodure d'hydrargyre en donnant simultanément de 2 à 4 grammes par jour d'iodure de potassium.

Si les injections sont impossibles, administrer immédiatement le traitement mixte énergique, tout en tenant compte cependant au point de vue de la proportionnalité à établir entre les doses de mercure et celles d'iodure de potassium, du fait d'observation suivant : que le mercure est surtout indiqué dans les syphilides plastiques et l'iodure de potassium dans les syphilides ulcéreuses, mais il faut se souvenir du grand principe qui domine de plus en plus toute la syphiliothérapie, que le mercure est toujours, à quelque période que ce soit, le médicament vraiment héroïque de la vérole.

Donc prescrire les frictions aux doses de 4 à 6 grammes d'onguent napolitain par jour, pendant huit jours, se reposer six jours, reprendre huit jours, et ainsi de suite jusqu'à disparition des accidents, ou bien, si les frictions ne sont pas possibles, donner le sublimé en solution aux doses de 2 à 4 centigrammes par jour. (Voir plus haut pour les détails d'administration.) — Donner simultanément l'iodure de potassium à des doses variant de 3 à 8 grammes par jour dans du lait, de la bière ou de l'eau de Vichy.

Dans certains cas graves dans lesquels il est nécessaire d'aller très vite, on donne par la bouche le calomel à doses fractionnées et progressives : 25 centigrammes le premier jour, 50 centigrammes le deuxième jour, 75 centigrammes le troisième jour, 1 gramme le quatrième, en huit ou dix fois par jour. S'arrêter pendant deux ou trois jours, puis recommencer sauf salivation ou diarrhée trop intense ou amendement des symptômes (Hillairet). (*Se défier de ces doses qui sont quatre fois plus fortes que les doses ordinaires.*)

Après la disparition totale des accidents, il est plus prudent pour assurer la guérison de faire encore une période de quinze jours de traitement mixte.

Prendre contre l'hydrargyrisme tous les soins indiqués ci-dessus.

V. **Syphilis héréditaire.**

A. Question du mariage pour les syphilitiques. — 1° Ne jamais permettre à un syphilitique de se marier avant qu'il y ait au moins quatre ans révolus depuis l'apparition du chancre ;

2° Exiger pour lui donner cette permission qu'il ait fait un traitement sérieux et régulier ;

3° Exiger qu'il y ait au minimum un an et demi qu'il n'ait plus vu le moindre accident ;

4° Exiger qu'il fasse pendant trois mois avant le mariage un nouveau traitement spécifique intensif ;

5° Lui interdire le mariage s'il présente encore des accidents en activité, ou s'il présente des menaces d'accidents viscéraux graves ultérieurs, ataxie locomotrice, paralysie générale, etc.

B. Pendant la grossesse. — Il faut traiter toute femme qui devient enceinte pendant les quatre premières années de sa syphilis, et le faire dès le début de sa grossesse.

Lui donner par exemple pendant quinze jours par mois de 1 à 2 centigrammes de sublimé et 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Si l'état de son estomac ne lui permet pas de supporter ces médicaments, faire des frictions dix jours par mois ou des injections de 1 à 2 centigrammes de biiodure ou de 5 à 10 milligrammes de cyanure d'hydrargyre, ou des injections d'huile grise.

C. Enfants en bas age. — 1° Soigner la mère et se souvenir de la loi de Colles. *Il faut que la mère d'un syphilitique héréditaire nourrisse elle-même son enfant,* même lorsqu'elle ne présente pas ou n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques visibles, car il est de règle qu'elle ne soit pas contaminée. Si elle ne peut nourrir, élever l'enfant au biberon ou à la chèvre ; *lui refuser toute nourrice non syphilitique.*

2° *Quand c'est possible,* donner à l'enfant, suivant son âge, sa force, la tolérance de son tube digestif, de V gouttes à une cuillerée à café par jour de liqueur de van Swieten, ou d'une solution au millième de lactate de mercure, ou de 6 milligrammes à 1 ou 2 centigrammes de calomel par jour en trois fois.

3° *Si le tube digestif est mauvais,* faire sur la région hépatique des frictions avec 50 centigrammes à 1 gramme d'onguent napolitain ; on donnera tous les deux ou trois jours des bains de sublimé (de 1 à 2 grammes par bain); on appliquera des emplâtres mercuriels (au calomel de Quinquaud, ou hydrargyrique d'Unna) ; on peut même faire des injections de composés mercuriels solubles.

4° Si l'on voit qu'il existe des accidents à forme tertiaire ou viscéraux graves, essayer d'associer au mercure l'iodure de potassium que l'on incorpore à du lait aux doses de 10 à 30 centigrammes par jour.

D. Syphilis héréditaire tardive. — (Pour les accidents oculaires, auriculaires, etc... voir les ouvrages spéciaux).

Les accidents *ordinaires* de la syphilis héréditaire tardive se traitent comme les accidents dits tertiaires de la syphilis acquise ; mais ils exigent assez souvent une ténacité toute particulière dans l'intervention thérapeutique.

2° C'est surtout pour les syphilitiques héréditaires qu'il est indispensable de s'occuper de l'état général, de les tonifier de toutes les manières possibles : hygiène, séjour au grand air, exercice corporel sans surmenage, cures de lait et de raisins, séjour suivant les cas au bord de la mer ou à de hautes altitudes, toniques appropriés, sirop d'iodure de fer, sirop iodo-tanique, sirop de raifort iodé, etc...

VI. **Syphilis maligne**. — 1° Rechercher les causes de la malignité et les combattre. Alcoolisme, impaludisme, surmenage intellectuel et physique, mauvaise constitution (scrofulo-tuberculose) affections graves, etc... Donc, *instituer une hygiène des plus rigoureuses* et *soigner les états morbides divers qui coexistent* : (prescription des plus importantes, sur laquelle on ne saurait trop insister, *surtout pour ce qui a trait au système nerveux*).

2° Tonifier le malade par les préparations de quinine, de quinquina, de strychnine, de fer, etc...

3° Instituer un traitement spécifique mixte, intensif (voir plus haut) si le malade le supporte.

Le malade ne supporte pas le mercure. — Assez fréquemment dans ces cas le mercure, quelle que soit la méthode d'administration, provoque une aggravation notable des accidents, et en particulier une marche extensive des ulcérations cutanées. Supprimer le mercure ; n'essayer que peu à peu, et au bout d'un certain

temps, de le reprendre progressivement en faisant d'abord quelques lotions au sublimé, en donnant des bains au sublimé, etc.

En attendant, tonifier le malade, lui donner de l'iodure de fer, du sirop iodotanique, de la strychnine, du quinquina, une alimentation fortement réparatrice, le gaver au besoin ; lui prescrire une décoction de salsepareille préparée en faisant bouillir 30 grammes de salsepareille concassée dans un litre d'eau jusqu'à réduction à 750 grammes, dose pour deux jours, et peu à peu arriver à la tisane de Zittmann, n° 2. De plus lui donner de l'iodure de potassium aux doses de 2 à 4 grammes par jour.

Le *malade ne supporte pas l'iodure de potassium*. — (Voir ci-dessus les modes d'administration divers de ce médicament que l'on doit essayer avant de renoncer à son emploi). Le remplacer par les toniques amers (voir ci-dessus), par le sirop d'iodure de fer aux doses de 2 à 6 cuillerées à soupe par jour, par le sirop de raifort iodé, par le sirop iodotanique, par la peptoniode ou iodalose, par les injections de lipiiodol ou d'iodipine aux doses de 5 à 25 centimètres cubes par jour, etc... puis arriver peu à peu à le reprendre.

VII. **Eaux minérales**. — Elles peuvent être employées comme un excellent adjuvant du traitement précédent, surtout vers la deuxième ou la troisième année de la maladie. Celles qui doivent être le plus spécialement recommandées sont les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon, Aix-la-Chapelle, Uriage, Cauterets, Barèges, Saint-Honoré, Challes, etc... On peut aussi envoyer, s'il y a d'autres indications, aux eaux bromo-iodurées, aux eaux sulfatées calciques, chlorurées sodiques, bicarbonatées mixtes, arsenicales, ferrugineuses, etc... (Certains auteurs ont accusé les eaux minérales sulfureuses d'être dangereuses pour les syphilitiques).

Traitement local.

I. **Chancre induré**. — *A*. Chancre a allures normales. — Exciser le chancre quand c'est facile et pratique. (Voir plus haut.)

Quand on ne l'excise pas :

1° Ne jamais irriter l'ulcération chancreuse. Ne la cautériser que lorsque c'est indispensable et lorsque le diagnostic est hors de doute.

2° Prendre des soins de propreté minutieux, et éviter toute cause d'irritation (contact de l'urine, frottements, etc.).

3° Lotionner matin et soir avec de l'ouate hydrophile imbibée soit d'eau boriquée, soit d'une solution de sublimé au 1/1 000, soit d'eau oxygénée à 12 volumes neutralisée coupée d'eau.

4° Recouvrir la plaie de poudre d'iodoforme ; si elle n'est pas supportée, de poudre d'iodol, d'europhène, d'aristol, de calomel, d'ectogan, ou de sous-carbonate de fer, ou d'un morceau d'emplâtre à l'une de ces substances, ou d'emplâtre d'E. Vidal, ou d'emplâtre de Vigo.

5° La protéger ensuite avec de l'ouate antiseptique propre.

B. Chancre phagédénique. — 1° Lotionner avec de l'eau boriquée aussi chaude que possible.

2° Toucher soigneusement l'ulcération avec de l'ouate imbibée d'une solution de tartrate ferrico-potassique au 1/10, ou d'une solution de bleu de méthylène au 1/50, ou d'une solution d'iode iodurée au 1/250.

3° Panser avec la poudre d'iodoforme.

4° Au besoin arrêter le phagédénisme par une cautérisation au fer rouge, ou par

des applications de caustiques forts (chlorate de potasse, acide pyrogallique, acide phénique, etc.).

C. Indications spéciales aux localisations du chancre. — a) *Chancre sous-préputial*. — Lavages fréquents à l'eau boriquée chaude. Injections tous les deux ou trois jours avec une solution de nitrate d'argent au 1/100.

b) *Chancre intra-uréthral*. — Boissons émollientes. Bains locaux. Si le chancre est perceptible, pansements avec des bougies iodoformées.

c) *Chancre intra-anal*. — Lavement huileux avant chaque garde-robe. Lotionner après chaque garde-robe; puis introduire des mèches imprégnées de pommade au calomel ou à l'iodoforme au 1/10.

d) *Chancre de la face*. — Emplâtres. (Voir ci-dessus.)

e) *Chancre des lèvres*. — Baudruche ou taffetas souple pour le protéger.

f) *Chancre des muqueuses*. — Bains locaux fréquents à l'eau de guimauve boratée au 1/500; éviter toutes les irritations locales. S'il n'y a pas de tendance à la réparation, le toucher tous les deux ou trois jours avec de la teinture d'iode ou avec une solution de nitrate d'argent au 1/10.

II. **Accidents secondaires**. — *A*. Éruptions syphilitiques cutanées non ulcéreuses. — 1° Lorsqu'elles siègent sur les parties couvertes, on peut ne rien faire. Cependant, quand elles sont importantes, et surtout quand elles revêtent les formes papulo-tuberculeuses, papulo-croûteuses acnéiques, il est bon d'instituer un traitement local.

Dans ce cas, prescrire des bains de sublimé (de 10 à 20 grammes par grand bain) tous les deux ou trois jours; ou bien des lotions au sublimé au 1/1 000, au 1/500, des applications de pommade au calomel au 1/20, à l'oxyde jaune d'hydrargyre ou au turbith minéral au 1/40 ou au 1/20.

1° Lorsqu'elles siègent à la face, ces lotions et ces applications (pommades au calomel ou à l'oxyde jaune, pommades renfermant 1/20 de calomel et 1/10 de tanin) deviennent nécessaires.

3° Lorsqu'elles siègent aux mains, il faut employer ces pommades en leur donnant comme excipient soit du glycérolé d'amidon, soit un mélange de lanoline et de vaseline, soit de l'axonge fraîche, et en y ajoutant de 1/10 à 1/50 de goudron ou d'huile de cade ; il est souvent utile, dans ces cas, d'appliquer pendant la nuit sur les points malades des morceaux d'emplâtre au calomel, ou d'emplâtre de Vigo, ou d'emplâtre hydrargyrique d'Unna. — Faire cesser tout travail manuel irritant.

4° Lorsqu'elles siègent aux pieds, même ligne de conduite. — S'il s'y produit de la kératodermie fort accentuée, ramollir l'épiderme par des applications de savon mou de potasse contenant 1/20 d'oxyde jaune d'hydrargyre que l'on fait alterner avec des applications d'emplâtres hydrargyriques ordinaires;

5° Contre les lésions onguéales introduire sous l'ongle de la pommade à la lanoline et à la vaseline contenant 1/20 de calomel et enrouler ensuite autour de l'extrémité du doigt une bandelette de Vigo ou d'emplâtre au calomel;

6° Contre les papules croûteuses du cuir chevelu, appliquer tous les soirs ou tous les deux soirs un peu de pommade au turbith minéral au 1/30.

B. Éruptions syphilitiques secondaires cutanées érosives. — (*Plaques muqueuses cutanées*.) (Régions ombilicales, périanales, génitales, interdigitales.) — *Condylomes plats*.

1° Soins de propreté minutieux;

2° Lotionner matin et soir (plus souvent si c'est nécessaire) les points malades avec de la liqueur de Labarraque, ou bien avec de l'eau phagédénique coupée de deux à quatre fois son volume d'eau bouillie, ou bien avec de l'eau oxygénée diluée;

3° Saupoudrer ensuite avec de la poudre d'oxyde de zinc ou de calomel;

4° Recouvrir de tampons d'ouate hydrophile pour bien assécher les surfaces malades, et prévenir tout contact irritant.

5° Si les lésions tardent à guérir, les badigeonner avec une solution de bleu de méthylène au 1/100, ou les toucher avec le crayon de nitrate d'argent, ou mieux, après badigeonnage avec une solution de cocaïne, avec du nitrate acide de mercure.

C. Éruptions syphilitiques secondaires des muqueuses. — (Nous avons surtout à nous occuper des syphilides buccales.)

1° Éviter soigneusement toutes les causes locales d'irritation; faire soigner, limer ou arracher les dents malades ou cassées; faire modifier les pièces dentaires défectueuses et les entretenir en parfait état de propreté; — *ne plus fumer*; — s'abstenir d'aliments irritants, trop chauds, trop épicés, etc.

2° Toucher, tous les deux ou trois jours, les points malades avec un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent au 1/20 ou au 1/10, ou d'une solution de bleu de méthylène variant du 1/250 ou 1/50, ou d'une solution de sublimé au 1/100 ou 1/40, ou d'une solution d'acide chromique au 1/10 ou au 1/5, ou enfin de teinture d'iode pure ou d'une solution d'iode au 1/50 dans de la glycérine additionnée d'iodure de potassium. Dans les cas rebelles toucher après badigeonnage à la cocaïne, avec du nitrate acide de mercure; mais il faut alors agir avec la plus grande délicatesse;

3° Une méthode excellente pour les syphilides de l'isthme du gosier consiste à les toucher tous les jours avec la solution de bleu de méthylène ou tous les deux ou trois jours avec la solution de nitrate d'argent au 1/20, et à faire gargariser matin et soir avec : sublimé 10 centigrammes, sirop diacode 30 grammes, décoction de morelle 170 grammes.

D. Alopécie syphilitique. — 1° Couper ras les cheveux.

2° Savonner le cuir chevelu quand c'est utile.

3° Une fois par jour faire une friction du cuir chevelu avec un mélange simplement excitant (voir *Alopécies des grandes pyrexies*), ou avec une solution renfermant : biiodure d'hydrargyre 15 centigrammes, bichlorure d'hydrargyre 30 centigrammes, alcool à 60° 100 grammes, glycérine neutre pure 25 grammes, eau distillée 175 grammes.

4° Appliquer le soir en massant sur les points malades un peu de pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre ou au turbith minéral; par exemple : turbith minéral 1 gramme, vaseline pure 30 grammes, ou bien au lieu de vaseline, huile de ricin 23 grammes et beurre de cacao 7 grammes. Il est bon d'ajouter à ces pommades 1/10 ou 1/5 de goudron.

5° Le matin décrasser le cuir chevelu, si c'est nécessaire, avec de la liqueur d'Hoffmann ou de l'acétone.

III. **Accidents tertiaires**. — 1° *Règle générale* : toutes les fois qu'il s'agit d'un accident syphilitique tertiaire, quelque indiquée que paraisse être une interven-

tion chirurgicale, attendre avant de la faire qu'on ait soumis le malade pendant deux ou trois semaines au moins à un traitement mixte approprié (voir plus haut).

2° Mais si après un traitement énergique et rigoureusement suivi de trois semaines au moins, il est évident qu'une intervention chirurgicale telle que débridement, raclage, ablation de séquestre, etc... peut abréger la durée du mal, ne pas hésiter à intervenir, tout en continuant le traitement interne.

3° En tout cas, faire dès le début des applications locales sur la lésion spécifique quand elle n'est pas ulcérée ou quand l'ulcération est superficielle, la recouvrir d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre hydrargyrique d'Unna que l'on change toutes les douze ou vingt-quatre heures, après avoir fait tomber les croûtes avec un cataplasme boriqué ; — quand elle est profondément ulcérée, la panser avec de l'iodoforme, de l'europhène, de l'iodol, ou de l'aristol ; — si la réparation tarde à se faire, la toucher à la teinture d'iode, la panser avec de l'onguent styrax iodoformé, etc...

IV. **Syphilis maligne.** — Dans les formes ulcéreuses extensives quasi-phagédéniques de la syphilis maligne le traitement local a la plus grande importance.

1° Nous avons vu que fort souvent dans ces cas le malade ne supporte pas le mercure : on lotionnera alors avec de l'eau oxygénée ou avec de l'eau boriquée ou phéniquée au 1/40, on pansera avec de la poudre d'iodoforme; si elle n'est pas tolérée avec de la poudre d'europhène, d'aristol ou de sous-carbonate de fer;

2° Parfois la poudre de chlorate de potasse arrête la marche extensive des ulcérations ; il en est de même du bleu de méthylène;

3° Dans les cas rebelles, il ne faut pas hésiter à racler les bords ou à les cautériser au fer rouge ; après quoi on fait des pansements iodoformés;

4° Si le malade supporte le mercure, on fait des lotions au sublimé au 1/500, et on panse avec un emplâtre mercuriel.

III

DERMATOSES RECONNAISSANT DES COCCI POUR CAUSE PATHOGÈNE

A. — L'AGENT PATHOGÈNE EST UN COCCUS SEUL

A. — LE COCCUS PATHOGÈNE EST HAUTEMENT SPÉCIFIQUE

GONOCOQUE

Le gonocoque peut provoquer des lésions du côté des téguments. On doit les diviser en deux grandes classes suivant qu'elles semblent être le résultat de l'action directe du gonocoque sur les tissus cutanés, suivant qu'elles paraissent dépendre de l'infection générale de l'économie.

I. *Accidents cutanés dus à l'action directe du gonocoque*[1]. — Nous laisserons de côté la *stomatite blennorragique* que tous les auteurs classiques récents décrivent, qui est relativement assez fréquente chez le nouveau-né, rare chez l'adulte, et qui, d'après ce que nous avons vu, est surtout caractérisée chez lui par une tuméfaction de la muqueuse buccale, tuméfaction fort accentuée vers les gencives dont le bord libre forme un bourrelet d'un rouge sombre avec dépôt gris verdâtre, fétide, à la base des dents. Parfois il existe en ce point des exulcérations irrégulières. On y trouve le gonocoque, et presque toujours des spirilles et des bacilles fusiformes comme dans l'angine de Vincent.

a) Les sujets atteints de blennorragie présentent fréquemment des *lésions érythémateuses* des téguments plus ou moins accentuées. On a décrit de la *balanoposthite blennorragique* (voir article *Pénis, tableaux d'ensemble*), de la *vulvite* et de l'*intertrigo blennorragiques* (voir article Intertrigo).

b) Ils souffrent assez souvent d'*érosions* qui nous paraissent être surtout fréquentes chez la femme, et qui siègent chez elle à l'entrée du vagin, vers la fourchette, au niveau des caroncules myrtiformes, autour de l'urèthre, sur le col de l'utérus, chez l'homme au méat et dans le sillon balano-préputial. Elles sont d'ordinaire superficielles, punctiformes, irrégulières par confluence, d'un rouge rosé, ou d'un rouge vif, parfois à fond grisâtre avec liséré rouge : elles ressemblent à de minuscules lésions d'herpès confluent en petites traînées, mais elles peuvent être parfois plus considérables, assez profondes, un peu indurées ; elles simulent alors des chancres. Thalmann a même décrit un *ulcère blennorragique serpigineux*. Elles n'ont qu'une importance minime et guérissent rapidement par de simples soins de toilette et des poudrages avec une poudre inerte quelconque.

c) Audry et Mazoyer ont observé une *tysonite blennorragique ulcéreuse* qui peut simuler le chancre syphilitique (voir Mazoyer : les tysonites blennorragiques, *Journal des mal. cut. et syphil.*, nov., 1905, p. 801). Hallopeau et Lemierre ont signalé une *folliculite gonococcique* localisée aux glandes préputiales (*Soc. de dermat*, janvier 1901).

d) Romme (voir *Journal Lucas-Championnière*, 25 oct. 1903, p. 781), Fritz Meyer (*Soc. Méd. de Berlin*, juin 1903) ont décrit un *panaris à gonocoques*.

Lang en 1892 a publié un cas de *dermatite suppurée circonscrite* du dos de la main survenue chez un malade atteint d'uréthro-cystite; dans le pus, l'auteur a retrouvé des gonocoques démontrés par la culture.

Paulsen a signalé chez l'enfant des *éruptions pustuleuses à gonocoques*. Ces faits comme celui qu'Audry a fait connaître en 1905 sous le nom de *angiodermite suppurée à gonocoques* pourraient être rangés dans le groupe suivant, car ce sont des exemples de véritable gonococcie métastatique.

II. *Accidents cutanés semblant dus à l'infection générale de l'économie par le gonocoque*. — On peut à l'heure actuelle les diviser en deux groupes :

A. *Les accidents exanthématiques.*

B. *Les accidents kératodermiques.*

Nous laisserons de côté les abcès sous-cutanés gonococciques qui ne rentrent pas dans notre cadre.

A. Les *accidents exanthématiques* de la blennorragie ont été étudiés par de nombreux auteurs. Nous devons déclarer que la plupart des faits qui ont été publiés nous paraissent des plus discutables. Nous pensons toutefois que les éry-

[1] Voir la thèse de Roux, élève d'Audry, Toulouse, 1905.

thèmes blennorragiques existent réellement, mais qu'ils sont extrêmement rares. Ils sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Suivant la remarque d'Audry les métastases gonococciques s'observent surtout chez la race allemande.

Elles se produisent d'ordinaire de la deuxième à la quatrième semaine de la maladie, au moment de sa plus grande intensité.

Avec Perrin (*Annales de Dermatologie*, 1890) nous diviserons les accidents exanthématiques de la gonococcie en trois classes : 1° des poussées de *purpura* qui ne sont sans doute que des accidents consécutifs à un érythème devenu purpurique; 2° des *éruptions à caractères d'érythème polymorphe* et *d'érythème noueux* : elles se montrent surtout du côté de la peau, plus rarement du côté des muqueuses ; elles sont souvent précédées de symptômes généraux, fièvre, malaise, courbature ; elles sont d'ordinaire éphémères, disparaissent sans laisser de traces, ou sont suivies d'une légère desquamation : leur durée varie de quelques heures à huit ou dix jours; 3° des *éruptions scarlatiniformes et rubéoliformes* qui ont les mêmes caractères généraux que les précédentes.

Balzer (*Congrès de Liège*, sept. 1905) a décrit une dermatose bulleuse avec chute de tous les ongles des pieds et des mains qu'il a attribuée à l'action des toxines de la blennorragie sur la moelle.

Ces dermatoses n'ont aucun caractère spécifique permettant de dire d'emblée qu'elles sont de nature blennorragique.

Il faut les distinguer soigneusement des érythèmes produits par les balsamiques : il est d'ailleurs possible que la blennorragie favorise la production de ces éruptions médicamenteuses.

B. Les *accidents kératodermiques de la blennorragie* ont été décrits pour la première fois par E. Vidal en 1885; ils sont d'une extrême rareté (voir la thèse de Robert, 1897; — le travail récent de V. Roth : *Münchener med. Wochens.*, n° 22, 1905).

Ils surviennent dans le cours de blennorragies à manifestations extra-génitales multiples et graves, arthropathies, atrophies musculaires, cachexie, etc... et sont pris d'ordinaire pour des troubles trophiques (Jeanselme et Jacquet).

Ils siègent surtout aux pieds et aux mains, mais ils s'observent aussi çà et là sur les membres et sur le tronc. « Sur le tronc et les membres ils se montrent comme des taches dures, jaunes, cornées, ressemblant à des gouttes de cire jaune, ou bien comme des grains cornés, saillants, gros comme des grains de chènevis. Aux extrémités, les lésions sont généralement plus importantes; sur la face dorsale des doigts ou des orteils, on trouve des saillies dures, d'un jaune brunâtre, coniques ou terminées par plusieurs pointes mousses, ce qui les fait ressembler aux montagnes d'une carte en relief... Elles s'élèvent brusquement sur la peau saine, quelquefois avec un liséré érythémateux, mais sans anneau dermique comme on en observe sur les cornes cutanées ordinaires. Les ongles sont souvent entourés ou soulevés par des productions cornées qui les font tomber. Sur les paumes la kératose forme des plaques plus ou moins étendues, et à la plante des pieds elle forme une véritable semelle épaisse de plus d'un centimètre prédominant autour des points de pression du talon et de l'avant-pied, dure, jaune, brunâtre, à surface bosselée. Elle paraît formée d'une série de cornes courtes, coniques, tronquées, confluant par leur base. Jacquet les compare à une série de clous de tapissiers, plantés tout près l'un de l'autre. »

« Les lésions de la kératose blennorragique se développent assez vite, en quel-

ques semaines tout au plus, puis, après être restées quelques semaines stationnaires, elles disparaissent promptement de sorte que la maladie ne dure guère que deux ou trois mois. Les cornes tombent et laissent des macules rougeâtres qui disparaissent lentement. Les semelles plantaires se détachent d'une seule pièce. » (Dubreuilh, *Pratique Dermat.*)

Au point de vue anatomo-pathologique la base de la production cornée est un petit papillome constitué par un allongement considérable des papilles dermiques qui sont sinueuses, renflées ou bifurquées à leur sommet, et par un épaississement du corps de Malpighi dont les prolongements interpapillaires sont énormes. Le stratum granulosum est fort développé.

On peut hâter la chute des croûtes cornées par des cataplasmes, par des enveloppements humides avec des solutions faibles de résorcine, par des pommades salicylées, etc... On tâchera de relever l'état général des malades tout en traitant la blennorragie.

B. — LE COCCUS PATHOGÈNE N'EST PAS HAUTEMENT SPÉCIFIQUE

A'. — *Les streptococcies cutanées.*

Vue d'ensemble. — Il est à l'heure actuelle, malgré toutes les recherches extrêmement intéressantes de ces vingt dernières années, encore bien difficile de donner une description d'ensemble précise et définitive des dermatoses dans lesquelles le *streptocoque* joue un rôle prépondérant.

Cette description est d'autant plus malaisée qu'il ne faut pas croire que toute dermatose dans laquelle on retrouve des streptocoques doive être rangée dans les streptococcies : s'il en était ainsi, une grande partie de la dermatologie devrait y rentrer; car, quoiqu'on en ait dit, on retrouve du streptocoque sur de nombreuses lésions cutanées dans lesquelles il ne joue qu'un rôle très accessoire, parfois même tout à fait effacé. Pour ranger une dermatose dans les streptococcies, il faut que le streptocoque y joue le rôle de dominante étiologique et pathogénique.

Mais à côté de ces dermatoses vraiment streptococciques, il y en a d'autres que le streptocoque vient assez souvent compliquer et dont il peut parfois modifier l'aspect.

L'étude de la streptococcie cutanée devrait donc comprendre :

I. *L'étude du streptocoque.*

II. *Les dermatoses qui reconnaissent pour cause pathogène première le streptocoque, c'est-à-dire les lésions causées par l'inoculation directe et pure du streptocoque sur une peau primitivement saine : ce sont celles que nous allons étudier dans ce chapitre.*

III. *Les dermatoses qui reconnaissent pour cause pathogène première l'association morbide du streptocoque à un autre microbe pathogène, ces microbes agissant sur une peau primitivement saine.*

IV. *Les résultats de l'inoculation secondaire du streptocoque sur une dermatose préexistante.*

I. **Le streptocoque.** — Nous renvoyons pour ce premier point aux traités de biologie et à notre *Pathologie générale cutanée.*

II. **Dermatoses reconnaissant pour cause première le streptocoque.**

A. C'EST SURTOUT LE DERME QUI EST INTÉRESSÉ. — 1° *L'érysipèle* est le prototype de ces affections, mais l'étude de cette maladie est faite dans les traités de pathologie générale, et par une sorte de convention tacite, elle a toujours été considérée comme ne rentrant pas dans le cadre spécial des affections cutanées. Nous ne nous en occuperons donc pas ici.

2° Il en est de même pour les *lymphangites réticulaires et trunculaires*.

3° Par contre leur dérivé direct l'*éléphantiasis afilarien nostras d'origine streptococcique* est considéré comme faisant partie des affections de la peau. On en trouvera la description complète à la section *Tableaux d'ensemble et Syndromes inclassables*, chapitre *Eléphantiasis*.

B. C'EST SURTOUT L'ÉPIDERME QUI EST INTÉRESSÉ. — Ces dermatoses, probablement fort nombreuses et fort importantes, réclament encore de nouvelles recherches de contrôle pour être mises complètement au point.

En ce moment nous ne donnons la nomenclature suivante que sous toutes réserves, car l'accord est loin d'être fait sur ce sujet entre les bactériologistes.

1° La dermatose épidermique qui semble, à l'heure actuelle, du moins jusqu'à plus ample informé, être le type de l'infection streptococcique, c'est ce que l'on a appelé l'*impétigo vrai* ou encore l'*impétigo contagiosa de Tilbury Fox*.

A côté de ce type on doit ranger :

a) Les variétés d'*ecthyma* qui débutent par de la phlycténisation épidermique, et qui semblent n'être que de l'impétigo inoculé aux membres et au tronc.

b) La *tourniole ou panaris épidermique péri-unguéal :* qui est du domaine de la chirurgie.

c) La *dermite infantile papuleuse* (*syphiloïde post-érosive* de Jacquet et Sevestre, *érythème papuleux fessier post-érosif* de Jacquet), dont nous donnerons une description à part.

2° *L'épidermite chronique à streptocoques de Sabouraud.*

3° *La perlèche.*

4° *L'intertrigo* d'après Sabouraud et son élève Photinos (voir ce mot).

5° Peut-être le *pemphigus épidémique des nouveau-nés* ; mais on ne s'entend pas encore sur la nature exacte du microbe de cette affection, aussi la rangerons-nous dans le groupe des dermatoses reconnaissant *probablement* des cocci pour agents pathogènes.

6° Il en est de même pour l'*impétigo herpétiforme*.

Ces deux dernières affections forment donc un groupe d'attente à pathogénie microbienne et surtout streptococcique encore douteuse.

Étude des dermatoses streptococciques.

GROUPE PREMIER. — *Dermatoses qui semblent nettement reconnaître pour cause pathogène première le streptocoque.*

1° IMPÉTIGO VRAI

Préambule sur l'impétigo, l'ecthyma et le rupia. — Il y a dix ans à peine l'histoire clinique de l'impétigo et de l'ecthyma semblait être claire et précise.

On donnait le nom d'*impétigo* à une dermatose sui generis, inoculable et auto-inoculable, survenant surtout à la figure chez les enfants, et caractérisée par des formations rapides de bulles transparentes pemphigoïdes lesquelles se troublaient, puis se desséchaient en croûtes jaunâtres mélicériques.

On donnait le nom d'*ecthyma* à une dermatose également inoculable et auto-inoculable caractérisée par la formation d'emblée sur la peau saine d'une pustule aplatie, arrondie, reposant sur une base enflammée et ayant de la tendance à s'étendre excentriquement par inoculation sous-épidermique des parties voisines, tandis qu'au centre se formait une croûte brunâtre.

Ces deux définitions sont assez nettes, elles se rapportent à des types cliniques qui semblaient être bien définis.

Les recherches extrêmement intéressantes de Sabouraud sont venues tout remettre en question, à juste titre, croyons-nous, pourvu que l'on veuille bien admettre les explications qui suivent.

Sous le nom d'*impétigo* les dermatologistes anciens[1] à la suite de Willan et de Bateman ont désigné d'assez nombreuses dermatoses dans lesquelles on observait des vésico-pustules superficielles. Il nous paraît assez inutile de rechercher dans un ouvrage aussi élémentaire que celui-ci à quelles affections pouvaient bien correspondre les divers impétigos décrits par Willan, par Rayer, Devergie, Bazin, etc...

Qu'il nous suffise de dire qu'à l'heure actuelle les dermatologistes ont attaché la dénomination d'impétigo à diverses dermatoses dont voici la nomenclature et la classification.

1° *L'impétigo vrai* (*impetigo figurata* de Willan et Bateman, de Rayer, etc... *Impetigo contagiosa* de Tilbury Fox) : c'est la dermatose à laquelle nous croyons devoir réserver le nom d'*impétigo par excellence*, impétigo sans qualificatif.

2° L'*impétigo de Bockhart* qui correspond probablement à l'impetigo sparsa de Willan, de Devergie, et que nous étudions dans les staphylococcies cutanées sous le nom de *folliculites*.

3° L'*impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure* qui rentre dans le même groupe que le précédent.

4° L'*impétigo herpétiforme* dont il est impossible à l'heure actuelle de préciser la nature, qui doit peut-être être rattaché à la *dermatite herpétiforme* (voir *Dermatites polymorphes douloureuses*), peut être être rangé dans les *dermatoses infectieuses*.

Sous le nom d'*ecthyma*, Bateman désignait une éruption de pustules enflammées, d'ordinaire isolées les unes des autres, peu nombreuses, ne s'accompagnant pas de fièvre, et non contagieuses.

Sous le nom de *rupia*, il désignait une éruption caractérisée par des vésicules larges et aplaties, ne devenant jamais confluentes, à base légèrement enflammée, se recouvrant à leur centre de croûtes minces et superficielles. Reprenant et précisant les descriptions anglaises, Biett établit que la lésion élémentaire du rupia était une bulle et non une vésicule.

Peu à peu la confusion s'établit entre ces deux termes rupia et ecthyma ; on groupa sous un même nom, ecthyma, les deux types morbides objectifs pour les-

[1] Pour l'historique de l'impétigo, de l'ecthyma, du rupia, voir les ouvrages classiques et les articles de Sabouraud de la *Pratique dermatologique*. Ceux que cette question intéresse devront aussi étudier le très important travail de P. G. Unna et Mme Schwenter-Trachsler. (En voir la traduction française dans le *Journal des mal. Cut. et Syph.*, 1901.)

quels ces mots avaient été créés, et on s'accorda pour n'attribuer au mot rupia qu'une signification d'aspect spécial stratifié ou mieux ostréacé des croûtes recouvrant une ulcération ou une exulcération.

Or les distinctions établies par les anciens auteurs étaient nécessaires et on a eu grand tort de ne pas les maintenir.

Reprenant l'étude de l'impétigo au point de vue clinique, histologique, et bactériologique, Sabouraud voulut élucider cette question si importante de la coïncidence fréquente, constatée par tous les observateurs, de l'impétigo du visage et de ce que l'on appelait l'ecthyma du corps, et il vit que presque toutes (il a eu peut-être le tort de dire toutes) ces lésions appelées ecthyma au corps et aux membres commencent par de véritables bulles, et reconnaissent dès leur début pour agent pathogène le même microbe que l'impétigo vrai du visage.

Il résulte de ces recherches que l'ecthyma des auteurs de la fin du XIXe siècle doit être démembré. Tout ce qu'ils appelaient l'ecthyma superficiel à extension sous-épidermique (ecthyma en cocarde) doit être rattaché à l'impétigo vrai. Il en est peut-être aussi de même de certains ecthymas ulcéreux profonds comme l'ecthyma infantile ou l'ecthyma des cachectiques. Ce sont des faits qui correspondent aux rupias des anciens auteurs.

D'autre part il y a des cas dans lesquels il se forme d'emblée des pustules primitives sur la peau saine. Ces faits nous paraissent toujours mériter le nom d'ecthyma au sens ancien du mot ; il est probable (mais à cet égard nous ne saurions rien affirmer) qu'ils doivent être rangés dans les staphylococcies cutanées[1].

Nous décrirons donc sous le nom d'*impétigo* : 1° la dermatose spéciale de la face que la plupart des auteurs modernes désignent sous le nom d'impétigo vrai, impetigo contagiosa de Tilbury Fox ; 2° la lésion primitivement bulleuse ou phlycténulaire, secondairement purulente ou mieux séro-purulente, extensive par décollement épidermique, presque toujours superficielle, pouvant être ulcéreuse aux membres inférieurs, qui siège en un point quelconque du corps, que Bateman avait décrite sous le nom de rupia, et à laquelle la plupart des auteurs modernes avaient donné le nom d'ecthyma.

Description de l'impétigo. — Comprenant l'*impétigo vrai*, les *ecthymas à début phlycténulaire, la tourniole ou panaris périunguéal, la dermite infantile papuleuse de Jacquet.*

Nous réservons donc le nom d'*impétigo* (sans épithète) (impétigo de l'École Française, impetigo figurata de Willan, mélitagra acuta flavescens d'Alibert, impetigo contagiosa de Tilbury Fox) à une dermatose *sui generis*, caractérisée par la

[1] Il y a là une question particulièrement obscure et irritante de terminologie.

Sabouraud, après avoir démontré que l'ecthyma de Vidal et Leloir, etc., répondait en grande partie (en totalité pour lui) à l'impétigo vrai, a eu de la tendance à désigner l'impétigo vrai sous le nom d'ecthyma, et à réserver le nom d'impétigo à l'impétigo de Bockhart, c'est-à-dire aux folliculites.

Avec cette notation, ecthyma signifierait streptococcie cutanée, impétigo vrai, lésion bulleuse d'emblée ou primitivement.

Impétigo signifierait staphylococcie cutanée, folliculites suppurées, lésion pustuleuse d'emblée primitivement.

Ultérieurement Sabouraud est revenu sur cette notation. Il a conservé le nom d'impétigo à l'impétigo vrai, impetigo contagiosa de Tilbury Fox, et il s'est contenté de lui annexer l'ecthyma qui, d'après sa description, serait l'impétigo du corps et des membres.

C'est admissible : nous proposons pour notre part de donner le nom d'impétigo à l'impétigo vrai et à l'ecthyma de Sabouraud, le rupia des anciens auteurs, puisque c'est la même affection, et de supprimer le nom d'ecthyma, ou de le laisser à des éruptions d'inoculation pustuleuses d'emblée.

formation rapide de bulles de volume variable, superficielles, inoculables et auto-inoculables, remplies d'un liquide transparent, qui s'ouvrent rapidement, et dont le contenu a une tendance marquée à se concréter en croûtes jaunâtres ou flavescentes, mélitagreuses, presque pathognomoniques : elles se terminent en peu de jours par une guérison complète sans cicatrices consécutives.

Symptômes. — L'impétigo vrai est une affection cutanée bien définie, fréquente chez les jeunes gens des deux sexes. Elle a une évolution aiguë. Au début, on observe parfois un léger malaise, de la courbature, parfois de l'anorexie et de l'embarras gastrique, un peu de fièvre.

L'éruption débute sous la forme de petites taches érythémateuses qui s'étendent vite, et dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un pois. Elles sont arrondies, ovalaires ou irrégulières, quelquefois boutonneuses et peuvent par confluence former une nappe rouge. Puis, presque dès le début, et parfois d'emblée sur la peau saine sans taches érythémateuses prémonitoires, apparaissent des phlyctènes transparentes remplies de sérosité limpide qui atteignent rapidement le volume d'une tête d'épingle ou d'un petit pois, et même dans quelques cas celui d'une demi-noisette. Elles sont agglomérées par petits îlots (*impetigo sparsa*), quelquefois confluentes en larges groupes (*impetigo conferta vel figurata*). Lorsqu'elles arrivent à l'état adulte sans avoir été rompues, elles sont globuleuses, d'un jaune ambré sans dépression ombilicale. Cependant d'après Tilbury Fox, elles s'ombiliqueraient lorsqu'elles auraient atteint le volume d'un grain de chènevis : cet aspect est dû uniquement à la dessiccation de la partie centrale de la phlyctène où commence à se former la croûte caractéristique : ce n'est donc pas à proprement parler une ombilication. Parfois elles sont aplaties, plissées, et semblent être imparfaitement remplies. Le plus souvent, elles se rompent soit spontanément, soit sous l'influence d'un traumatisme quelconque, et elles le font d'ordinaire très vite. Il s'écoule alors un liquide clair ambré, qui se concrète en croûtes épaisses, jaunâtres, parfois un peu verdâtres, mais le plus souvent d'un beau jaune doré, sucre d'orge, plus ou moins humides et friables, dites mélitagreuses ou mélicériques. Au-dessous de ces croûtes les surfaces malades continuent à suinter : aussi les croûtes s'accroissent-elles constamment : elles peuvent tomber, puis être remplacées par de nouvelles. Assez souvent il existe autour d'elles une aréole inflammatoire, parfois même les téguments sont tuméfiés, et les ganglions lymphatiques engorgés et douloureux. Le derme est alors rouge, enflammé et suintant, mais il n'est jamais ulcéré à moins que le malade ne l'excorie.

Quand la phlyctène persiste assez longtemps sans se rompre, on voit d'ordinaire au bout de quelques heures son contenu devenir louche, puis se troubler de plus en plus, enfin prendre l'aspect purulent. Parfois même, quelque temps après son apparition, et surtout lorsqu'elle siège sur la joue, il s'amasse à sa partie la plus déclive un peu de pus jaunâtre dont la quantité augmente progressivement.

La phlyctène de l'impétigo peut s'agrandir par ses bords alors que le centre est déjà desséché et à l'état de croûte : on voit alors tout autour de cette croûte centrale une sorte de soulèvement concentrique blanchâtre de l'épiderme de 1 à $2^{mm},5$ de largeur moyenne, et tout autour une autre aréole concentrique rouge de 1 à 2 millimètres de large. Mais cette particularité s'observe surtout aux membres, aux mains et aux pieds.

Peu à peu sous les croûtes jaunâtres, il se forme une mince croûte fibrineuse grisâtre (Sabouraud) qui s'attache à la face profonde de la croûte. Cette croûte finit par se détacher spontanément au bout d'un laps de temps qui varie de trois à cinq jours en laissant au-dessous d'elle une macule rougeâtre recouverte d'un épiderme lisse, et qui finit peu à peu par s'effacer.

Chaque élément éruptif considéré isolément met de 8 à 10 jours à évoluer. Mais il se fait presque toujours des poussées successives qui prolongent la maladie dont la durée moyenne est de dix à trente jours.

Cette dermatose dans son aspect typique, celui que nous venons de décrire, s'observe surtout à la face.

Sa physionomie générale est vraiment pathognomonique : on voit soit vers les lèvres, au pourtour du nez, soit vers les parties latérales ou moyennes des joues des croûtes jaunâtres mélicériques irrégulièrement disposées, parfois peu abondantes, plus souvent stratifiées et formant par places des plaques assez étendues à contours bizarrement découpés, par places des éléments arrondis ou ovalaires discrets et disséminés; il est d'ordinaire possible de découvrir en un point quelconque de la face une phlyctène complètement transparente, ou un peu purulente à son point le plus déclive. Çà et là il existe quelques traces de grattage, des excoriations et des croûtes noirâtres sanguinolentes.

Fig. 173. — Impétigo de Tilbury Fox de la face recouvert de croûtes épaisses.

Chez les jeunes sujets ce tableau clinique est souvent complété par des crevasses et des croûtes impétigineuses au coin des lèvres, aux narines surtout vers l'angle naso-génien, aux plis rétro-auriculaires, par de la phtiriase du cuir chevelu. On trouve assez fréquemment en cette région des lésions éruptives analogues à celles de la face, mais assez petites comme dimensions, isolées ou confluentes et pouvant dans ce cas former d'assez vastes nappes suintantes : il s'en écoule une sérosité citrine un peu louche, abondante, qui se concrète en croûtes jaunâtres comme à la face, mais ces croûtes, détachées par le grattage, forment des granulations jaunâtres le long des cheveux, d'où le nom d'*impetigo granulata* qu'on leur a donné.

Des lésions analogues peuvent exister dans la barbe de l'adulte.

Les ongles des sujets atteints, surtout lorsque ce sont des enfants, sont infectés par les microbes pathogènes. Assez souvent même on y trouve tout autour de la matrice unguéale des soulèvements blanchâtres de l'épiderme par de la sérosité louche (voir plus loin la description de l'impétigo-ecthyma des extrémités).

Parfois on observe simultanément de la kératite phlycténulaire, de la conjonctivite, des orgeolets.

Les ganglions sous-maxillaires et même cervicaux sont fréquemment augmentés de volume.

Le prurit, quand il existe, est modéré. Les malades éprouvent aussi dans quelques cas une sensation de chaleur et même de cuisson.

Complications. — L'impétigo peut se compliquer de certaines affections assez graves (voir Pronostic).

Il peut compliquer beaucoup de dermatoses, en modifier l'aspect et l'évolution : c'est ce qu'on a appelé l'*impétiginisation des dermatoses* [1].

Il est très fréquent dans les affections parasitaires (*Impétigos parasitaires de Bazin*), en particulier dans la phtiriase du cuir chevelu (*impetigo granulata*), dans la gale (*impétigo scabieux*); en se combinant avec l'ecthyma vrai et avec l'impétigo de Bockhart dans cette dernière affection, il constitue la gale dite pustuleuse. Mais cela n'est pas de l'impétiginisation à proprement parler, de même qu'un élément d'impétigo vrai juxtaposé à une dermite artificielle, à un eczéma, à un lupus, ne constitue qu'une simple complication d'impétigo.

Une dermatose est vraiment impétiginisée quand le streptocoque inoculé à sa surface en a modifié l'aspect sans qu'il soit possible de trouver la phlyctène particulière de l'impétigo vrai.

Il y a donc là deux séries assez différentes de phénomènes objectifs.

1° Superposition ou juxtaposition d'un élément typique d'impétigo vrai à une dermatose quelconque, élément que l'on peut reconnaître;

2° Infection par le streptocoque de dermatoses spéciales en évolution, infection qui modifie l'aspect de ces dermatoses sans qu'on puisse y déceler la phlyctène de l'impétigo vrai.

Ces deux variétés d'infections s'observent avec fréquence :

1° Dans *les dermites traumatiques,* surtout aux mains et aux bras (gale des épiciers, des boulangers, des blanchisseuses, etc... etc...).

2° Dans *l'eczéma vésiculeux vrai* qui s'infecte surtout chez l'enfant avec une étonnante facilité, de telle sorte que les combinaisons suivantes sont possibles :

Eczéma primitif : impétigo vrai nettement défini surajouté;

Eczéma primitif : impétiginisation secondaire;

Eczéma primitif : impétigo vrai et impétiginisation secondaire surajoutés;

Impétigo vrai premier : eczéma secondaire surajouté (ce qui se produit avec la plus grande facilité; on a dit que l'impétigo était eczématogène (E. Besnier, Sabouraud);

Impétigo vrai premier : eczéma secondaire surajouté et impétiginisé.

Il semble d'ailleurs prouvé que le streptocoque modifie considérablement l'aspect d'un *eczéma vulgaire vrai.* Il en facilite l'ulcération et provoque un suintement abondant et la formation de croûtes jaunâtres mélicériques. Il en est de même pour le *Prurigo de Hebra,* pour les *Prurigos diathésiques d'E. Besnier,* c'est-à-dire pour les *prurits avec eczématisation et lichénification.*

Certaines autres lésions cutanées fixes comme le lupus, l'épithéliome superficiel, les syphilides tertiaires, etc., peuvent aussi dans certains cas se larver d'impétigo.

Terminaisons, pronostic. — Le pronostic de l'impétigo vulgaire est d'ordinaire parfaitement bénin. La guérison est en effet la règle sans la moindre cicatrice consécutive.

Cependant l'affection persiste fort longtemps dans quelques cas par suite du grattage et des inoculations consécutives.

[1] « Le mot d'impétiginisation désigne : les symptômes caractéristiques de l'impétigo, lorsqu'ils viennent se surajouter, non plus par points isolés, mais diffusément sur une dermatose préalable ayant sans l'impétiginisation et au-dessous d'elle ses symptômes propres et son existence individuelle. » (Sabouraud, *Pratique Dermat.*, p. 886).

Elle peut, quand elle siège au cuir chevelu, déterminer des chutes de cheveux totales dans un rayon de un à deux ou trois centimètres tout autour de la lésion d'impétigo. Ces alopécies sont absolument analogues d'aspect à la pelade (*alopécies post-impétigineuses en aires*, — à rapprocher des alopécies post-furonculeuses). Elles en diffèrent par les commémoratifs de lésion centrale phlycténulaire ou purulente, par les vestiges de cette lésion qu'il convient de rechercher minutieusement, par l'évolution spontanée et rapide vers la guérison.

Fig. 174. — Alopécie post-impétigineuse du cuir chevelu simulant la pelade.

L'impétigo vulgaire peut aussi provoquer le développement d'adénopathies volumineuses et persistantes.

Chez les sujets prédisposés il est le point de départ d'eczémas rebelles, de prurits avec lichénifications, de miliaires pustuleuses fixes, de pustules périfolliculaires orificielles (Sabouraud), de furonculose, etc...

Sabouraud a décrit sous le nom de *Reliquats chroniques de l'impétigo aigu*, de la rougeur dans les sillons rétro-auriculaires et autour de l'orifice narinaire, de la blépharite impétigineuse, du coryza impétigineux, la perlèche impétigineuse (voir ce mot plus loin). Il considère que ces lésions sont de l'impétigo chronique parce que l'on peut retrouver sur elles par la culture le streptocoque originel. Dans son plus récent ouvrage il a soutenu que la plupart des dartres furfuracées ou dartres volantes des enfants sont causées par le streptocoque et doivent être annexées à l'impétigo. Rien n'est dès lors plus facile que de comprendre comment un impétigo peut récidiver chez ces sujets sous la moindre influence occasionnelle [1].

Variétés d'aspect.

Impétigo géant. — Les éléments d'impétigo sont dans certains cas extrêmement volumineux, presque toujours discrets. En deux ou trois jours ils atteignent des dimensions qui varient de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce de deux francs en argent. Ce sont de larges phlyctènes, transparentes tout d'abord, souvent aplaties, parfois même ombiliquées par formation d'une croûte centrale : leur contenu louchit rapidement et se concrète en larges croûtes jaunâtres aplaties de la dimension de la phlyctène, assez peu adhérentes aux parties sous-jacentes, lesquelles laissent suinter un liquide visqueux abondant quand on les détache. Elles figurent assez bien dans leur ensemble une série de pains à cacheter posés sur la figure, car elles sont presque toujours discrètes. Dans quelques cas cependant elles se réunissent et constituent alors par confluence des soulèvements

[1] D'après Sabouraud « c'est cette permanence des infections latentes qui, en grande partie, à créé et soutenu l'idée de la diathèse strumeuse. Si l'on veut des symptômes propres au lymphatisme, il faudra les chercher hors de l'impétigo chronique qui est microbien. Toutes les infections larvées ont passé d'abord pour des états constitutionnels ». (Sabouraud, p. 873, 874. *Pratique Dermat.*, t. II.) Il y a une grande part de vérité dans ce qui précède : mais il ne faut pas perdre de vue que si le microbe évolue et persiste à évoluer chez ces sujets, c'est qu'il y trouve un *terrain favorable*. En outre faisons remarquer que les lésions décrites comme *Impétigo chronique* par Sabouraud prêtent à la discussion : ce sont des inflammations chroniques ou pour mieux dire des lésions chroniques des téguments sur lesquelles évolue le streptocoque : mais elles ne peuvent pas être assimilées à l'impétigo.

vésiculo-bulleux gyratés qui simulent au premier abord l'érythème polymorphe ou le pemphigus.

Les lieux d'élection de cette variété éruptive à larges éléments sont avant tout la face, puis les mains, les poignets, le pourtour des ongles où elle donne naissance à une tourniole, le cou, les fesses, les membres, enfin le tronc et le cuir chevelu.

Sabouraud a décrit les autres variétés d'aspect suivantes des impétigos superficiels.

Fig. 175. — Impétigo du visage à fort larges éléments phlycténulaires. (Région préauriculaire.)

Impetigo erysipelatodes (variété admise par Willan et Bateman, par Rayer, Cazenave, Gibert, etc.). — « Caractérisé par des placards éruptifs rouges d'épidermo-dermite larges comme la main environ, naissant et se constituant en quelques heures,... annoncés au malade par une cuisson locale, mais sans phénomènes généraux, sur lesquels l'épiderme se soulève irrégulièrement, non par vésicules acuminées comme dans l'eczéma, mais par phlycténules irrégulières recouvertes d'une couche épidermique cornée extrêmement mince... Ces phlycténules, presque aussitôt rompues que faites, fournissent une exsudation vive pendant quelques heures. Tout le processus est d'une rapidité qui étonne. Trois ou quatre jours après la rougeur, l'exsudation, les croûtes même ont disparu. Il ne reste plus qu'une desquamation non pas furfuracée, mais lamelleuse, scarlatiniforme... L'évolution totale de chaque placard éruptif dure à peine six ou sept jours. Cette forme morbide semble être très récidivante... L'ensemencement du liquide aux premières heures... m'ont donné constamment la culture du streptocoque... Je considère cette forme morbide comme un terme de passage entre l'érysipèle bénin et l'impétigo. » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 881-882.)

Impétigo circiné géographique (Sabouraud). — « Comme l'impétigo typique, celui-ci débute par une phlyctène, mais le centre de cette phlyctène reste sec : c'est une phlyctène annulaire, pauvre en liquide; la lésion étant peu exsudative, la croûte qui survient restera mince et comme toute la lésion à fleur de peau. La croûte est circinée, segmentaire, elle dessine les bords de la phlyctène initiale. C'est un impétigo sec. En quelques jours la lésion a disparu sans laisser de traces... Le visage entier peut être criblé de lésions annulaires peu saillantes... qui forment des dessins ornementaux géographiques. » (Sabouraud, *Pratique Dermat.*, p. 883-884.)

Impétigo cannelé ou pétaloïde [1] (Sabouraud). — Il siège habituellement sur le dos des mains et des avant-bras. « C'est encore un impétigo presque sec, dont les croûtes adhérentes, parcheminées, jaunes, segmentées suivant les rayons du cercle, prennent des formes pétaloïdes analogues comme dimension et aspect à un ongle humain, mais concaves sur leur face superficielle et disposées suivant le bord circiné de la lésion. Cet impétigo est habituellement décrit comme eczéma. » (Sabouraud, *Pratique Dermat.*, p. 884.)

[1] Nous laissons au Dr Sabouraud toute la responsabilité de cette description.

Variété ecthymateuse. — En 1890 dans la première édition de notre livre sur le traitement des maladies de la peau, nous nous exprimions en ces termes : « Il est assez difficile de dire, en présence de certaines pustules disséminées sur le corps de personnes atteintes d'impétigo du visage, si ce sont des éléments d'impétigo ou d'ecthyma. Il est fréquent d'observer chez le même sujet des vésico-pustules d'impétigo typiques au visage, et des pustules d'ecthyma typiques sur les membres. La question des rapports qui existent entre ces deux affections réclame de nouvelles recherches. « Ainsi donc, dès cette époque, nous avions pressenti la nécessité d'une rectification dans la conception de l'ecthyma telle qu'elle était enseignée par l'École de l'hôpital Saint-Louis de 1880. Nous sommes heureux que Sabouraud ait résolument abordé ce problème.

Fig. 176. — Impétigo vrai de la paume de la main : (Ecthyma sous-épidermique) on voit nettement le soulèvement périphérique de l'épiderme par la sérosité purulente.

Aux membres, en particulier aux mains et aux doigts, l'impétigo se présente d'ordinaire sous la forme d'un soulèvement épidermique blanchâtre : l'épiderme décollé semble être comme macéré ; il est presque toujours plissé, car, lorsqu'on l'observe, la phlyctène est pour ainsi dire toujours vidée. Très rapidement il se forme au centre de l'élément éruptif une croûtelle d'un jaune brunâtre assez peu adhérente, au-dessous de laquelle, lorsqu'elle est assez ancienne, on trouve un épiderme lisse en réparation, recouvrant un derme rouge ou rosé ; quand la croûte est toute récente, si on l'arrache prématurément, on met à nu une surface épidermique rouge un peu inégale d'où suinte une sérosité citrine plus ou moins abondante laquelle a une tendance marquée à se concréter en croûtes.

Tout autour de cette croûte centrale se voit une sorte de collerette blanchâtre de

Fig. 177. — Avant-bras infecté de pyodermites multiples : les unes sont purulentes d'emblée assez minuscules, les autres sont séro-purulentes, phlycténulaires, et décollent l'épiderme sur de vastes surfaces.

un à trois millimètres de large, arrivant même à cinq ou dix millimètres de diamètre dans certains cas exceptionnels à grande extension. Ses limites externes sont assez régulières, parfois festonnées. Elle est entourée d'une aréole rouge

inflammatoire de largeur variable mais n'ayant d'ordinaire guère plus de deux millimètres d'étendue et s'effaçant graduellement vers les tissus sains. Elle est constituée par un décollement des couches superficielles de l'épiderme qui sont séparées du corps muqueux par une sérosité légèrement louche, et ce décollement a de la tendance, du moins pendant quelques jours, à s'étendre par les bords en restant toujours aussi superficiel. Le corps muqueux, au-dessous de la sérosité, est recouvert d'une mince pellicule blanchâtre friable ressemblant à du smegma. C'est l'*ecthyma en cocarde* de Sabouraud. Puis, au bout d'un laps de temps variable selon les cas, après avoir parcouru une étendue qui varie de un à cinq ou six centimètres de diamètre total, le processus s'arrête, tout se dessèche, les croûtes tombent, en laissant une surface épidermique rosée sous-jacente dont la teinte s'efface peu à peu, et la guérison se fait sans cicatrice apparente. Souvent, vers les bords de la lésion, il ne se produit pas de croûtes, mais une simple desquamation épidermique.

Fig. 178. — Papillomatose consécutive à l'ecthyma sous-épidermique (partie antérieure de la jambe).

Dans quelques cas, surtout aux membres inférieurs, on trouve au-dessous de la croûte, quand elle s'est détachée, une sorte de saillie dermo-épidermique, villeuse d'aspect, due à une prolifération considérable du corps papillaire et du corps muqueux de Malpighi. Il y a eu processus d'hyperacanthose exagéré, de telle sorte que sur une coupe la lésion ressemble dans une certaine mesure à une coupe de lichénification (voir ce mot pour la discussion de ces faits et leur véritable signification).

Ces lésions, si spéciales d'aspect, sont presque toujours isolées les unes des autres, disséminées çà et là sans ordre aucun. Parfois elles deviennent tangentes et forment alors des plaques irrégulières, irrégulièrement extensives, avec croûtes, décollements épidermiques, suppurations par places, desquamations, etc...

Voici d'ailleurs comment, d'après E. Vidal, nous avons décrit l'évolution idéale de cette lésion, telle qu'elle se produit quand on l'inocule expérimentalement : il ne faut pas oublier que nous lui donnions le nom d'*ecthyma à ulcération superficielle* ou *ecthyma simple vulgaire* : c'est le *rupia simplex* de Bateman.

« La pustule d'ecthyma débute quelques heures après l'inoculation par un point rouge prurigineux : dès le deuxième jour se montre au centre de la rougeur une petite papule, parfois même une petite *vésicule*; le troisième jour la rougeur s'étend, s'acumine au centre, et la vésicule se trouble; le quatrième jour la lésion ecthymateuse est nettement constituée sous la forme d'une pustule d'un jaune *blanchâtre*, entourée d'une aréole rouge au niveau de laquelle le derme est un peu épaissi. Du cinquième au huitième jour (période d'état) la pustule se développe, s'élargit, s'aplatit. Vers le neuvième ou le onzième jour, il se forme une croûte centrale autour de laquelle se voit d'abord un liséré blanchâtre provenant du décollement de l'épiderme par le pus, puis, plus en dehors, l'aréole rouge périphérique. La lésion peut alors s'arrêter dans sa marche extensive et guérir du quinzième au vingtième jour en ne laissant comme trace de son existence qu'une cica-

trice superficielle plus ou moins pigmentée, d'un brun rougeâtre, qui tend peu à peu à disparaître. »

Il est probable que c'est tout à côté de ce type que l'on doit ranger les cas de *pyodermite serpigineuse linéaire* décrits par W. Dubreuilh (*Ann. de dermat. et de syph.*, août-sept. 1902), et dans lesquels les lésions se développent suivant une ligne sinueuse en donnant l'impression d'un gigantesque sillon de gale en C ou en S : l'épiderme est décollé par du liquide séreux, puis séro-purulent, streptococcique, dans une longueur qui varie de quelques millimètres à cinq ou six centimètres : autour des foyers principaux il peut se former des foyers secondaires.

Variété ulcéreuse. — (*Rupia proeminens* et *rupia escharotica* de Bateman, — *ecthyma ulcéreux* des auteurs modernes.)

Les variétés ulcéreuses de l'impétigo peuvent être divisées en deux grands groupes cliniques suivant qu'on les observe dans la seconde enfance et chez l'adulte, ou chez le nourrisson.

Fig. 179. — Ecthyma ulcéreux multiple de la partie inférieure de la jambe.

A. *Dans la seconde enfance et chez l'adulte l'impétigo* des membres inférieurs (*rupia proeminens* de Bateman) aboutit avec la plus grande facilité à l'ulcération quand il se développe chez des sujets surmenés, obligés à la station debout, variqueux ou ayant de la tendance aux varices, chez les débilités, les alcooliques, les tuberculeux, les diabétiques, etc... (*ecthyma des cachectiques*).

Ici encore les lésions peuvent débuter par un impétigo typique du visage; les malades se grattent les membres inférieurs, inoculent leurs lésions; il y a des sensations de prurit, de cuisson; il survient de la rougeur érythémateuse, des phlyctènes transparentes sur cette rougeur (parfois les auteurs décrivent dans ces cas les lésions du début comme étant des bulles de pemphigus); puis le soulèvement épidermique devient louche, séro-purulent, se recouvre au centre d'une croûte d'abord petite, puis qui s'agrandit et s'épaissit par adjonction de croûtes successives de plus en plus larges, de telle sorte qu'elles offrent dans leur ensemble la physionomie générale d'une écaille d'huître. Leur couleur varie du jaune brunâtre au brun noirâtre et même au noir presque complet quand il y a des hémorragies, ce qui est fréquent. Tout autour de cette croûte se voit pendant la période d'augment de la lésion une collerette de décollement épidermique par de la sérosité purulente et parfois sanguinolente. Le tout est entouré d'une aréole rouge plus ou moins large et au niveau de laquelle les téguments sont plus ou moins épaissis selon l'intensité du processus ulcéreux. Quand la marche extensive de la lésion est terminée, la croûte recouvre exactement toute la perte de substance.

Il se produit en effet au-dessous du décollement épidermique et de la croûte un processus d'ulcération qui intéresse le corps papillaire, et, dans les cas graves, le derme dans sa totalité et l'hypoderme. Les bords de cette ulcération sont irrégu-

liers, comme déchiquetés : en effet ils ne correspondent pas toujours exactement aux limites du décollement épidermique. Dans la plupart de ces cas bénins l'ulcération n'existe qu'au centre; à la périphérie, il n'y a qu'un simple décollement des couches superficielles de l'épiderme.

Mais l'inverse peut s'observer, et, dans les cas sérieux, la croûte recouvre assez exactement une ulcération arrondie ou ovalaire, à bords taillés à pic, à fond sanieux, parsemé de bourgeons charnus irréguliers, souvent hémorragiques; plus la lésion occupe une position déclive, plus la circulation du membre atteint est défectueuse, et plus l'ulcération est étendue, profonde, lente à se cicatriser.

Ces ulcérations d'impétigo-ecthyma ou de rupia proeminens sont parfois le point de départ de véritables ulcères de jambe, et Leredde a pu se demander si l'ulcère de jambe ne devait pas être considéré comme une streptococcie cutanée chronique. Sabouraud n'est pas éloigné d'adopter cette opinion, et il fait observer que les ulcères de jambe sont souvent le point de départ de lymphangites récidivantes à streptocoques. Ainsi formulée cette proposition n'est pas complètement exacte : certes il y a, comme nous venons de le dire, des ulcères de jambe d'origine streptococcique, mais tous ne reconnaissent pas cette origine, et il suffit d'avoir longuement observé des jambes variqueuses pour avoir vu débuter les ulcères variqueux par de petites thromboses veineuses avec nécrose des tissus.

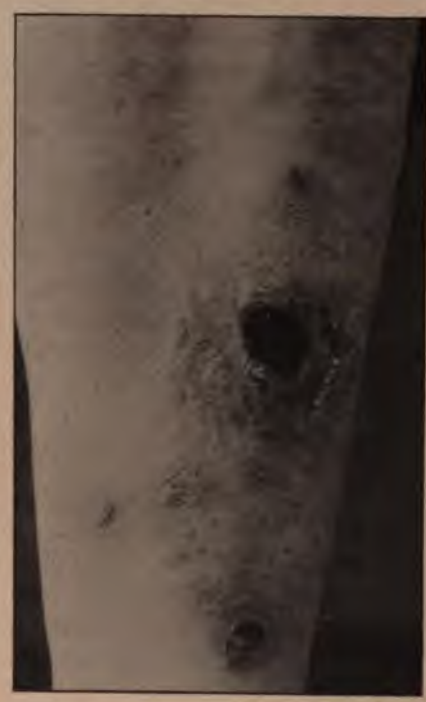


Fig. 180. — Ulcères de jambe chez un variqueux consécutifs à des inoculations d'ecthyma.

A côté des lésions typiques que nous venons de décrire, il est fréquent d'observer des pustules d'emblée (ecthyma vrai) provenant de l'inoculation simultanée du streptocoque et du staphylocoque qui est venu adultérer l'infection streptococcique primitive. Des folliculites, des furoncles, viennent aussi parfois compliquer le tableau morbide. Leloir a donné à cet ensemble le nom de *pyodermites*.

L'éruption impétigo-ecthyma ulcéreux est d'ordinaire discrète, mais elle peut être fort abondante par suite de l'incurie, du grattage; certaines lésions peuvent confluer et former d'assez vastes ulcérations irrégulières à contours plus ou moins circinés. Il survient dans quelques cas de l'œdème, des lymphangites, des adénites inguinales; la fièvre peut même se développer grâce à ces complications.

B. L'*impétigo ulcéreux des nouveau-nés* affecte deux formes : 1° *l'une profonde* décrite dans ces dernières années sous les noms d'*ecthyma infantile*, d'*ecthyma térébrant*, c'est le Rupia escharotica de Bateman ; 2° *l'autre superficielle* siégeant aux fesses et décrite par Sevestre et Jacquet sous le nom de *syphiloïde post-érosive*, par Jacquet sous les noms d'*érythème papuleux fessier post-érosif* et de *dermite infantile papuleuse*.

1° L'*ecthyma infantile profond* (ecthyma térébrant, Rupia escharotica, etc...)

(Voir la thèse de Mlle Catherine Grégoriewna-Lascoronsky, Paris, 1899) est une lésion rare, spéciale aux enfants en bas âge, caractérisée d'abord par des taches rouges, petites, sur lesquelles naissent rapidement des soulèvements bulleux de l'épiderme, analogues à des éléments de pemphigus. Sous la phlyctène se creusent des ulcérations ovalaires, de 5 à 20 millimètres de diamètre moyen, térébrantes, à bords taillés à pic, entourées d'un liséré rouge ou un peu livide à fond grisâtre, et qui vont jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. Il s'en écoule une sérosité sanguinolente assez abondante. Elles peuvent se recouvrir de croûtes noirâtres assez minces. Elles restent longtemps stationnaires, puis tendent peu à peu à bourgeonner et guérissent lentement en laissant des cicatrices indélébiles. Elles siègent aux fesses, aux cuisses, surtout à leur partie postérieure, aux aines, au dos, à l'abdomen. Presque toujours peu nombreuses et discrètes, elles se multiplient dans les cas graves, deviennent confluentes, et forment d'assez vastes plaies irrégulières à bords festonnés.

Le pronostic est sérieux, quoiqu'il ne soit pas nécessairement fatal.

C'est dans les lésions de ce genre qu'Ehlers a trouvé le bacille pyocyanique (voir maladie pyocyanique). En réalité c'est le streptocoque qui semble être l'agent pathogène primitif : il se complique rapidement du staphylocoque doré.

2° L'*ecthyma infantile superficiel* a une telle importance pratique que nous en donnons une description à part à la fin de ce chapitre.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de l'impétigo a été faite par Sabouraud d'une manière magistrale : nous le suivrons pas à pas dans cette étude.

Impétigo vrai. — D'après lui le premier phénomène morbide de l'impétigo est anatomiquement caractérisé par « un soulèvement de la couche cornée par une suffusion séreuse intercellulaire qui dissocie incomplètement un petit nombre de cellules sous-cornées, et forme entre elles des boules séreuses de dimensions variables. »

Peu à peu cette suffusion séreuse achève de dissocier les cellules et la cavité de la phlyctène impétigineuse se trouve constituée. Elle est comprise entre le stratum granulosum qui en est le plancher et la couche cornée qui en est le plafond. D'après Sabouraud, les 5 caractères principaux de cette phlyctène sont les suivants : « 1° Sa forme surbaissée ; 2° la minceur et l'égalité de son enveloppe ; 3° le petit nombre d'éléments figurés contenus dans sa cavité ; 4° l'abrasion en surface de l'épiderme qui fait le fond de la phlyctène ; 5° enfin l'œdème épidermique et dermique sous-jacent à la lésion. »

Les croûtes ne sont que du sérum coagulé renfermant des noyaux leucocytaires.

Elles contiennent des chaînettes de streptocoques et de nombreux staphylocoques d'infection secondaire.

La culture en pipette du liquide séreux de la phlyctène originelle donne du streptocoque pur. Très rapidement le staphylocoque vient infecter secondairement les éléments impétigineux, mais le microbe pathogène premier est bien le streptocoque. (Balzer et Griffon, etc...)

Impétigo-Ecthyma. — L'anatomie pathologique de la phlyctène primitive à son début est identique à celle de l'impétigo vrai.

A la période dite de l'*ecthyma en cocarde* la phlyctène est vidée ; toute la surface de la lésion est recouverte par de la couenne fibrineuse qui englobe des cellules épithéliales disloquées, des noyaux de leucocytes et des chaînes de strep-

tocoques. L'épiderme sous-jacent est peu à peu intéressé, disloqué, puis détaché du corps papillaire.

C'est le début de la *phase d'ulcération*. Le derme sous-jacent à la perte de substance et le corps papillaire périphérique sont le siège d'un œdème considérable. Les vaisseaux y sont dilatés et entourés de cellules migratrices. Le fond de l'ulcération est formé de bourgeons charnus irréguliers, fort œdématiés eux aussi, et entre lesquels on voit de petits îlots de nécrose.

Étiologie. Pathogénie. — L'impétigo s'observe surtout chez les jeunes enfants, les adolescents, les jeunes gens blonds à peau blanche et fine, à tempérament lymphatique.

Il récidive souvent chez eux, circonstance qui peut fort bien être due, comme le veut Sabouraud, à ce que les microbes provenant d'une infection antérieure n'ont pas disparu d'un terrain favorable à leur évolution et y persistent à l'état latent.

On comprend dès lors que toute cause occasionnelle puisse exalter leur virulence et provoquer une poussée nouvelle. Et en effet l'impétigo débute assez fréquemment avec brusquerie à la suite d'un excès, de fatigues excessives, d'indigestion, etc... (Impétigo à potu, etc...) Le printemps pour Rayer, l'été et l'hiver pour Devergie y prédisposeraient. Fort souvent, comme nous l'avons vu, il se développe à l'occasion de la présence d'un parasite et surtout des poux et des acares.

Il est inoculable et auto-inoculable : il se transmet par le baiser, d'où la fréquence des épidémies d'école où les enfants se contagionnent entre eux et contagionnent ensuite leur famille.

Les formes ulcéreuses s'observent surtout chez les sujets qui sont obligés de se tenir longtemps debout, qui sont exposés à des contacts irritants répétés comme dans certaines professions, chez ceux qui sont affaiblis, débilités, soit par des excès, soit par une cachexie quelconque, soit par la vieillesse. L'alcoolisme, la syphilis, les néphrites, le diabète, et même les maladies aiguës graves comme la variole et la fièvre typhoïde y prédisposent. Chez les nouveau-nés l'allaitement défectueux, les lésions gastro-intestinales, les hérédités pathologiques (syphilis, tuberculose, etc...) préparent le terrain à son évolution.

Nous avons vu que, d'après les recherches modernes, l'agent pathogène primitif semble être le streptocoque.

Diagnostic. — La phlyctène de l'*impétigo vrai* est bien spéciale d'aspect. Elle diffère totalement de la petite vésicule amicrobienne de l'*eczéma vésiculeux vrai*. Elle s'en distingue au point de vue objectif par sa forme plus aplatie, par son étendue beaucoup plus considérable, au point de vue anatomique par sa superficialité, au point de vue bactériologique par son origine streptococcique.

Certains eczémas vésiculeux à sécrétion abondante du visage peuvent cependant simuler l'impétigo : ils n'en ont ni l'évolution, ni les larges phlyctènes, mais ils s'impétiginisent avec la plus grande rapidité.

Le diagnostic entre l'impétigo pur et l'*eczéma impétiginisé* a une grande importance pratique, car l'impétigo pur peut guérir très rapidement, spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié, tandis que l'évolution de l'eczéma est trop souvent impossible à pronostiquer et à gouverner. Ce diagnostic repose sur l'examen minutieux de la lésion élémentaire.

La phlyctène de l'impétigo peut simuler une *brûlure*, une *vésication* : les commémoratifs permettront d'établir le diagnostic, mais il faut songer à la possibilité de ces lésions.

La *varicelle* en diffère par la multiplicité, la petitesse relative, et l'uniformité des lésions vésiculeuses.

L'*ecthyma vrai* diffère de l'impétigo vrai par son caractère pustuleux d'emblée, par son siège habituel aux membres et au tronc. Il s'associe d'ailleurs fort souvent avec lui.

Le *pemphigus épidémique des nouveau-nés* ressemble tellement à l'impétigo vrai que d'après nous il doit lui être identifié comme nature (voir ce mot). Cliniquement on peut l'en distinguer par l'épidémicité, l'âge des sujets, les localisations habituelles aux grands plis articulaires et au tronc.

La perlèche (voir ce mot) doit également, d'après nous, être rattachée aux impétigos vrais. Elle s'en distingue cliniquement par son siège aux commissures des lèvres.

II. Le diagnostic des *impétigos ulcéreux* ou *impétigos-ecthymas* présente beaucoup plus de difficultés.

Ils simulent surtout *les syphilides ulcéreuses*. Ils en diffèrent par leur dissémination habituelle sans aucune systématisation, par une infiltration moindre des tissus, par la moindre profondeur de l'ulcération, par leur guérison rapide et facile dès que le malade garde la position horizontale et prend des mesures d'hygiène et de propreté.

Ils diffèrent des *tuberculides ulcéreuses* par leur évolution de la surface vers la profondeur, par leurs bords taillés moins à pic, par leur tendance plus grande à la réparation... Cependant le diagnostic est parfois bien malaisé.

Il en est de même pour l'*érythème induré de Bazin* arrivé à la période d'ulcération.

Les *ulcères variqueux simples* s'en distinguent par leur étendue, leur localisation si spéciale au tiers inférieur de la jambe, et surtout vers sa face interne, par la coexistence de varices, et par les petites cicatrices déprimées, arrondies, polycycliques par confluence, blanchâtres avec périphérie purpurique, ou pigmentées, consécutives à des nécroses des tissus cutanés par thromboses veineuses que l'on trouve çà et là un peu au-dessus et autour des chevilles.

Le furoncle s'en distingue par sa rougeur qui est plus vive, plus étendue, par une tuméfaction plus accentuée des téguments, et par une saillie centrale plus acuminée.

Traitement. — L'impétigo vulgaire vrai est une affection des plus superficielles et des plus bénignes, quand elle est rationnellement traitée. S'il est symptomatique d'un parasite quelconque, il faut d'abord supprimer ce parasite, les poux en particulier.

Traitement général. — Dans l'impétigo a potu, et quand les malades ont de l'embarras gastrique, il est bon d'administrer un purgatif et de prescrire un régime sévère. Chez les lymphatiques, il est parfois utile de donner les toniques, les amers, l'huile de foie de morue, le sirop de raifort iodé, le sirop d'iodure de fer, etc...

Traitement local. — Quand il y a des phlyctènes visibles il faut les ouvrir avec une aiguille flambée à la flamme de la lampe à alcool, les dilacérer, les vider, enlever délicatement avec des ciseaux flambés tout l'épiderme décollé, lotionner la surface à vif avec de l'eau boriquée, la toucher une fois par jour avec de l'eau d'Alibour du Codex coupée, suivant la susceptibilité des téguments, de 3 fois à 10 fois son volume d'eau bouillie. (Formule de l'eau d'Alibour : sulfate de zinc,

sulfate de cuivre, àà 4 grammes, camphre 0gr, 50, safran 0gr, 20, eau commune 120 grammes.) Puis on panse avec la pommade suivante : camphre porphyrisé 0gr,50, acide borique porphyrisé 1 gramme, oxyde de zinc 3 grammes, lanoline 6 grammes, vaseline pure 10 grammes.

Quand les phénomènes inflammatoires sont accentués ou quand il y a des croûtes épaisses, on fait des applications émollientes ; on prescrit des pulvérisations d'eau tiède pure ou boriquée, des lavages avec de l'eau boriquée au cinquantième, avec de l'eau oxygénée diluée ou avec de l'eau de têtes de camomille, de fleurs de sureau, de racine d'aulnée, de feuilles de noyer, etc..., des cataplasmes de fécule faits ou non avec de l'eau boriquée, des compresses de tarlatane, pliées en huit ou dix doubles, trempées dans de l'eau de son, ou dans de la décoction de têtes de camomille ou de fleurs de sureau additionnées d'un centième d'acide borique et recouvertes de taffetas gommé.

Quand l'inflammation est calmée et que les croûtes ont été détachées par l'emploi méthodique de ces moyens, on peut se contenter de faire des applications bi-quotidiennes de pâte de zinc boriquée au dixième ou au quinzième. Si par extraordinaire cette préparation n'est pas tolérée, on se sert momentanément d'une simple pâte à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth, ou bien encore de la pommade préconisée par W. Dubreuilh : vaseline et axonge, àà 50 grammes, oxyde de zinc 20 grammes, acide salicylique 2 grammes, acétate de plomb cristallisé 1 gramme. Si les pâtes boriquées n'irritent pas, mais ne donnent pas de résultats suffisamment rapides, on emploiera avec grand avantage la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre au 1/50 ou au 1/40, et même au 1/20 ou au 1/15 si les téguments peuvent la supporter.

E. Vidal associait dans ces cas avec succès l'huile de cade à l'oxyde jaune d'hydrargyre ; voici la préparation qu'il prescrivait lorsque la période inflammatoire était passée : oxyde jaune d'hydr., de 0gr,50 à 1 gramme ; huile de Cade, de 1 à 3 grammes ; cérat sans eau, 20 grammes.

(Il est bien entendu que toutes les phlyctènes et que tous les décollements épidermiques seront traités comme nous venons de le dire plus haut.)

E. Besnier emploie des lotions avec de l'eau boriquée ou avec une solution faible de sublimé, puis il ordonne une pommade composée de 5 grammes d'emplâtre de Vigo pour un gramme d'acide borique et 30 grammes de vaseline ; on étale cette composition sur un linge fin, puis on l'applique sous forme d'emplâtre.

Si l'on veut se servir de ce dernier mode de pansement, nous recommandons l'emplâtre rouge d'E. Vidal, qui fait merveille sur les éléments d'impétigo, quand on a fait tomber les croûtes et quand il n'y a pas une réaction inflammatoire par trop vive. L'emplâtre de Vigo, que l'on a aussi préconisé, est presque toujours un peu trop irritant.

Dans les cas d'impétigo généralisé, on a conseillé les bains de sublimé faibles (de 1 à 4 grammes par grand bain) ; nous préférons les bains à l'acide borique ou mieux encore la médication que nous venons d'exposer.

Lorsque l'impétigo résiste et que les badigeons à l'eau d'Alibour restent inefficaces, nous ne saurions trop recommander de les remplacer par les badigeons de nitrate d'argent en solution aqueuse au 1/25 et même au 1/10. Il nous a paru que cette substance était de beaucoup la plus efficace contre l'agent infectieux pathogène de l'impétigo.

Quand l'impétigo est à peu près complètement guéri, qu'il ne reste que quelques rougeurs et de la desquamation, on peut se contenter d'appliquer la pâte à l'oxyde

de zinc boriquée jusqu'à restitutio ad integrum des téguments ; on peut aussi avec avantage employer les pommades du type suivant : résorcine 0gr,25, calomel 1 gramme, oxyde de zinc 6 grammes, lanoline 6 grammes, vaseline pure 10 grammes (avec ou sans résorcine suivant la tolérance des tissus).

Il est utile pour prévenir les récidives, de prescrire aux individus prédisposés à l'impétigo d'employer pour leur toilette de l'eau boriquée, et de faire une fois par jour, quand les téguments le supportent, une lotion du visage avec de l'eau-de-vie camphrée.

Traitement des formes ulcéreuses. — On doit avant tout soigner l'état général quand c'est utile, imposer une bonne hygiène, donner des toniques quand ils sont nécessaires, faire garder le repos étendu quand les ulcérations siègent aux membres inférieurs.

Il faut en outre mettre le malade à l'abri des grattages et des auto-inoculations.

Pour cela, après avoir fait tomber les croûtes par un des procédés ci-dessus indiqués, et après avoir enlevé soigneusement tous les décollements épidermiques, on lave les plaies avec de l'eau de feuilles de noyer boriquée, ou avec de l'eau oxygénée coupée d'un peu d'eau bouillie, ou avec une solution de chloral au 1/200, ou avec une solution phéniquée au 1/100, ou avec une solution de sublimé au 1/1 000 ; on sèche ; on touche soit avec de l'eau d'Alibour coupée de 5 à 6 fois son volume d'eau, soit avec une solution de nitrate d'argent au 1/25, soit avec une solution de bleu de méthylène au 1/250, et on panse avec des morceaux d'emplâtre rouge avec lesquels on recouvre exactement les lésions en empiétant un peu sur les tissus sains.

Suivant l'abondance du suintement ou de la suppuration, on refait le pansement une ou deux fois par jour. Pour cela on enlève l'emplâtre, on nettoie avec de l'ouate hydrophile imbibée d'un peu d'éther les téguments périphériques sains salis par de la matière de l'emplâtre, on lotionne la plaie avec celui des liquides précédemment indiqués que l'on a choisi, et l'on recouvre immédiatement la plaie d'un nouveau morceau d'emplâtre.

Si la peau du malade s'irrite sous l'influence de l'emplâtre, ou si ce pansement ne réussit pas, on peut faire le suivant :

Après le lavage et la cautérisation de la plaie, on la recouvre largement d'une poudre cicatrisante, aristol, iodol, dermatol, ectogan, sous-carbonate de fer, etc... On enveloppe tout le membre avec de la tarlatane aseptique sans apprêt pliée en 10 ou 15 épaisseurs, imbibée d'eau bouillie légèrement boriquée, très fortement exprimée ; on met par-dessus de l'ouate hydrophile, et on maintient le tout avec une bande crépon Velpeau faisant compression. Cette dernière indication est capitale pour les impétigos ulcéreux des membres inférieurs.

Quand les téguments sains semblent s'irriter sous l'action des pansements, on protège les zones de peau saine périphérique avec une couche épaisse de pommade à l'oxyde de zinc boriquée (voir plus haut) et on fait l'enveloppement par-dessus.

Quand les lésions ont des tendances à la gangrène, on emploie des lotions dites toniques et astringentes telles que le vin aromatique, l'alcool camphré, la solution de chlorure de chaux au 1/50 et même au 1/10, et l'on panse avec de l'onguent Styrax pur ou mélangé à de l'aristol ou à de l'iodoforme.

Dans l'impétigo-ecthyma ulcéreux des enfants, ce qui nous a paru le mieux réussir ce sont les lotions astringentes d'eau de feuilles de noyer légèrement chloralées, les lotions à l'eau oxygénée, les badigeons avec des solutions faibles

de nitrate d'argent au 1/50 ou au 1/10 et les pansements avec des poudres sèches, poudre de chêne, de café, de quinquina ou de ratanhia, de sous-carbonate de fer; l'iodoforme est de tous les antiseptiques celui qui paraît être le plus utile, mais il ne faut l'employer qu'avec beaucoup de circonspection. Quand la période d'extension est terminée, l'emplâtre rouge peut rendre des services comme cicatrisant.

La *tourniole streptococcique* se soigne d'après les mêmes principes que l'impétigo du visage : on enlève totalement l'épiderme décollé ; on lave soigneusement avec de l'eau boriquée fort chaude ; on cautérise les surfaces à vif en insistant sur la rainure péri-onguéale avec une solution de nitrate d'argent au 1/25 ou au 1/10, et l'on fait un pansement légèrement humide avec de la tarlatane très exprimée, imprégnée soit d'eau boriquée, soit d'eau d'Alibour étendue de 15 à 50 fois son volume d'eau bouillie, soit d'une solution de nitrate d'argent au 1/200.

Prophylaxie. — L'impétigo étant une affection de nature essentiellement microbienne, inoculable, transmissible de l'individu malade à l'individu sain, il est nécessaire, dès qu'on en observe un cas, de prendre de rigoureuses mesures de prophylaxie.

Les assez nombreuses épidémies d'école et de maison que l'on observe montrent qu'on doit exclure des écoles primaires tout enfant qui est atteint de cette affection.

Il faut exiger de lui des soins minutieux de propreté, montrer aux personnes de son entourage comment doit être fait le pansement quotidien ou biquotidien. Dans les cas un peu graves, il est indiqué de faire l'occlusion des régions atteintes.

Tout enfant qui est en poussée d'impétigo ou qui vient d'en avoir une, doit avoir désormais ses objets de toilette à lui, et personne ne doit s'en servir sous aucun prétexte.

Ecthyma infantile superficiel ou dermite infantile papuleuse.

Synonymie. Syphiloïde post-érosive de Jacquet et Sevestre. Érythème papuleux fessier post-érosif de Jacquet. — L'étude de cette lésion se rattache intimement à celle des *dermites érythémateuses infantiles*. L. Jacquet en a donné une description magistrale dans le tome Ier de la *Pratique Dermatologique*. Nous le suivrons pas à pas.

a) Le premier degré de ces éruptions est constitué par ce qu'il appelle la *Dermite érythémato-vésiculeuse* (érythème vésiculeux simple). « Elle peut être partielle, très légère, ou au contraire presque généralisée. Elle comprend : 1° un fond de dermite érythémateuse ; 2° des vésicules. Au centre des régions convexes (fesses, cuisses, mollets), on voit de petites érosions d'un rouge vif, tantôt recouvertes d'épiderme aminci, luisant, et en ce cas à peine déprimées, tantôt saignantes, et laissant voir à nu le derme érodé. Elles sont groupées en nombre variable, cinq, dix, quinze ou davantage, tantôt punctiformes, tantôt de la dimension d'une lentille ; arrondies ou polycycliques par union de deux ou plusieurs éléments juxtaposés. » Ces érosions sont consécutives à des vésicules dont on trouve presque toujours vers les limites externes de la région malade quelques éléments sous la forme d'élevures grisâtres au niveau desquelles l'épiderme est soulevé par de la sérosité louche. Par endroits il y a des éléments qui sont ouverts sous la forme d'une macule rouge vif, luisante, entourée d'une fine collerette épidermique.

b) *Dermite papuleuse*. — (Érythème papuleux, — syphilide lenticulaire de

Parrot. — Érythème papuleux post-érosif ou syphiloïde post-érosive de Jacquet).

Cette variété n'est qu'une transformation de la précédente : elle a le même siège d'élection qu'elle, les régions fessières : mais les lésions peuvent aussi gagner le pourtour de l'anus, le périné, les parties génitales, les cuisses, la face interne et postérieure des jambes jusqu'au talon. Caractère majeur : elles respectent presque toujours le fond des plis de la peau, signe distinctif d'avec les syphilides.

Elles sont objectivement caractérisées par des pseudo-papules lenticulaires, arrondies, lisses, ou à bords un peu surélevés, à centre déprimé, un peu suintant, de 4 à 5 millimètres de diamètre environ, d'un rouge foncé, souvent brunâtre ou violacé. Leur contour est fréquemment marqué par une couche d'épithélium frangé, formant des plissements rayonnés (Jacquet). Entre les papules la peau est saine, ou légèrement ou fortement érythémateuse ; elle est parfois parsemée de taches brunâtres, vestiges de papules anciennes, ou bien elle présente des érosions ayant la même forme et les mêmes dimensions que les papules dont elles sont la première phase. Ces éléments sont parfois confluents, et simulent des éruptions serpigineuses : plus souvent ils sont isolés. Ils ne s'accompagnent pas d'adénites inguinales. Ils disparaissent très lentement en laissant une tache brune.

Ces éruptions simulent, comme on le voit, à s'y méprendre, les syphilides papuleuses et papulo-érosives, d'où le nom de syphiloïdes post-érosives qui leur a été donné par Jacquet. Cet auteur a prouvé « qu'elles sont toujours la suite, le reliquat d'un érythème vésiculeux simple, grâce à la série des transformations suivantes : 1° Érythème vésiculeux des régions postérieures ; 2° éclatement des vésicules, laissant à nu des érosions dermiques plus ou moins agrandies, ordinairement isolées, arrondies, à fond rouge vif, saignant (érosions post-vésiculeuses) ; 3° bourgeonnement du derme ainsi mis à nu, et formation parfois très rapide, favorisée par les contacts irritants, de pseudo-papules (papules par bourgeonnement dermique), ressemblant à celles de la syphilis, et reproduisant exactement la forme, les dimensions, et la localisation des érosions initiales (papules post-érosives). »

c) *Dermite complexe ou mixte.* — Elle résulte du mélange des formes précédentes, et c'est elle que l'on observe le plus souvent en clinique. Aux lieux d'élection précités, on trouve des papules avortées, des semis papuleux, coexistant avec de la rougeur de la peau, des érosions à divers degré d'évolution, etc.

Il y en a des *formes régionales circonscrites* et des *formes diffuses.*

d) *Dermite ulcéreuse.* — C'est un degré de plus dans l'ulcération du derme : la couche papillaire est franchie ; le derme lui-même est entamé. Cette forme établit un trait d'union avec les types précédents et l'ecthyma ulcéreux infantile (voir plus haut).

Évolution. — Les lésions que nous venons de décrire évoluent d'ordinaire d'une manière progressive et par poussées successives. Leur durée est toujours un peu longue, surtout lorsqu'elles arrivent à la phase papuleuse et érosive. Quand les ulcères se constituent, il va de soi que les lésions sont beaucoup plus fixes.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques sont, d'après Jacquet, celles des érythèmes[1] : dilatation des capillaires dermiques et surtout papillaires, petites thromboses leucocytaires dans les capillaires, au niveau desquelles les leucocytes accumulés peuvent subir une transformation hyaline, dilatation des espaces lym-

[1] Il ne faut pas oublier que toutes ces éruptions ont été rangées par cet auteur dans les *Érythèmes infantiles.*

phatiques, tuméfaction et hypertrophie des papilles dermiques qui sont en état de prolifération et de bourgeonnement dans les formes papuleuses : l'épiderme est œdématié : l'œdème est surtout parenchymateux, intracellulaire ; l'œdème intercellulaire est peu marqué ; il y a parakératose et formation de squames croûtelleuses constituées par des cellules qui ont conservé leurs noyaux ; il peut y avoir formation de vésicules par le mécanisme de l'altération cavitaire.

Étiologie, Pathogénie.—L'étiologie est un peu obscure. On a incriminé l'athrepsie, mais on peut observer ces éruptions chez des enfants bien portants. L'action irritante des fèces sur les parties saillantes et exposées aux frottements est évidente, mais elle doit agir comme cause accessoire et non déterminante. Jacquet pense que l'origine doit presque toujours être recherchée du côté du tube digestif.

Il nous semble que les lésions de la dermite papuleuse infantile sont tout à fait celles que Sabouraud a décrites sous le nom de lichénisation post-impétigineuse ou post-ecthymateuse et qu'il rattache à l'action pathogène du streptocoque. Pour nous, ces éruptions dépendent donc très probablement d'inoculations streptococciques.

Pronostic. — Ces dermatoses ne deviennent graves que chez les enfants débilités, athrepsiques ; elles prennent chez eux un grand développement, et aboutissent aux formes ulcéreuses. Chez ceux qui sont bien portants, elles restent d'ordinaire superficielles et curables.

Diagnostic. — Il est de la plus grande importance pratique. Ces manifestations, dans leur forme papuleuse, sont presque toujours prises pour des lésions de syphilis héréditaire, et il peut en résulter les conséquences les plus graves pour la santé de l'enfant, pour la responsabilité des parents et pour celle des nourrices au point de vue médico-légal. Le diagnostic est parfois possible d'emblée par la localisation si spéciale de l'éruption aux régions saillantes, par l'intégrité du fond des plis, par l'existence du signe de Jacquet, un plissement fin et rayonné qui existe autour de quelques éléments, caractère qui ne se voit jamais dans la syphilis, par l'absence totale de tout autre signe d'infection chez l'enfant et chez les parents. Mais parfois le sujet est affaibli ; il présente de l'eczéma fissuraire des commissures des lèvres et des narines, de l'intertrigo péri-anal, etc. ; le diagnostic d'emblée est alors absolument impossible : il faut savoir le réserver. On agira pour l'allaitement de l'enfant comme s'il était syphilitique ; on instituera un traitement d'attente par des lavages boriqués, des applications de poudre inerte, et une excellente hygiène générale et locale. Si les lésions tendent à disparaître en huit ou quinze jours par cette médication, c'est qu'il ne s'agit pas de syphilis.

L'ecthyma térébrant infantile se distingue de la dermite ulcéreuse simple par la grande profondeur de son ulcération taillée à pic.

Traitement. — *Traitement général.* — Il faut surveiller avec le plus grand soin l'alimentation de l'enfant ; il est fréquent de voir ces dermatoses guérir avec rapidité dès qu'on soumet le nourrisson à un régime sévère, ou à la diète lactée, en employant du lait de bonne qualité, et en quantité voulue. Si l'enfant est à la mamelle, on régularisera l'alimentation et l'hygiène de la nourrice. On devra s'inquiéter du travail de la dentition et tâcher d'obvier à ses inconvénients.

Traitement local. — Mais la prescription de beaucoup la plus importante consiste à prendre des soins minutieux de propreté. On lotionnera la peau avec des décoctions émollientes ou même un peu astringentes, eau de son, eau de mélilot, de

thé, de feuilles de noyer : on pourra les additionner d'un peu d'acide borique ou de borate de soude ; si le prurit est intense, on y ajoutera un peu de coaltar saponiné, ou d'une solution glycérinée faible d'acide phénique ou de l'eau blanche.

On tiendra toutes les régions malades soigneusement poudrées avec de la poudre d'amidon ou de lycopode ; on mettra dans tous les plis de la poudre de talc, ou d'oxyde de zinc, ou de kaolin, ou de sous-nitrate de bismuth, ou de carbonate de bismuth ; et on recouvrira de toile douce, souple et usée.

Si les parties malades sont très enflammées, on met d'abord un peu de pâte à l'oxyde de zinc épaisse (oxyde de zinc, lanoline pure, ââ 10 grammes, vaseline pure, 15 grammes), boriquée au 1/15 ou non boriquée, et on poudre par-dessus avec du talc. Dans ce cas, quand on fait la toilette, on nettoie d'abord la peau avec de la très belle vaseline que l'on essuie.

Lorsque l'inflammation est extrêmement violente, on met matin et soir, pendant une heure chaque fois, un cataplasme de fécule de pomme de terre fait à chaud, appliqué froid, puis on l'enlève, on lotionne, on sèche, on applique la pommade précédente par-dessus laquelle on met de la tarlatane aseptique sans apprêt pliée en dix épaisseurs, imbibée d'eau de camomille, fortement exprimée, recouverte d'ouate hydrophile et de taffetas chiffon.

2° ÉPIDERMITE CHRONIQUE A STREPTOCOQUES DE SABOURAUD[1]

Dans ses si intéressantes études sur la streptococcie cutanée, Sabouraud a été conduit à envisager la question de l'infection chronique des téguments par le streptocoque. Il a cru pouvoir constituer une entité morbide bien définie qui en serait la conséquence et à laquelle il a donné le nom d'*épidermite chronique à streptocoques*.

Voici le résumé très succinct de sa description :

Symptômes. — Dans une *première phase* à laquelle il a donné le nom de *phase exsudative* il se forme des placards irréguliers d'un rouge violet, au niveau desquels la peau est un peu tendue, luisante, puis se couvre d'une multitude de lésions érosives, ovalaires, de 3 à 5 millimètres de large, disposées en marqueterie, soulevées par un peu d'œdème sous-jacent et faisant par suite une légère saillie. Elles sont d'un rose lilas, un peu blafardes et recouvertes d'une goutte de sérum.

Ces lésions se développent avec la plus grande rapidité, couvrent en quelques heures la main, l'avant-bras, etc. Elles gagnent parfois les plis de flexion. Fort souvent elles s'infectent de folliculites.

Dans une *deuxième période* que Sabouraud désigne sous le nom de *période d'impétiginisation prélichénienne*, les placards éruptifs sèchent, se recouvrent de croûtes, et la « lichénisation » se prépare. « Chaque érosion initiale se trouve peu à peu remplacée par une papule saillante et lichénisée, mais la surface de ces papules n'est pas sèche ni tout à fait plane. Elle est humide, granuleuse, parsemée d'une fine poussière de grains d'ambre et de fines croûtelles...

« Alors survient la *troisième période* ou *phase de lichénisation proprement dite*. La région malade n'est plus ni exsudative, ni croûteuse ; elle est sèche. Sans

[1] Sabouraud, *Pratique Dermat.*, t. II, p. 894.

doute un traumatisme ou le grattage peuvent y renouveler l'exsudation, mais partielle, peu intense, tôt disparue.

« La peau est épaissie, mobile sur les tissus sous-jacents; elle fait, entre les doigts, de gros plis épais, pachydermiques. La surface, découpée de quadrillages pâles, couverte de lésions papuleuses, plates, sèches, très peu squameuses, est de couleur rose lilas.

« Après des semaines, *après des mois*, ce placard s'affaisse et blanchit lentement, pour laisser la peau reprendre ses caractères de peau normale. Mais jusqu'à la fin de cette régression lente, on peut voir des réveils locaux de la maladie se produire, qui renouvellent les symptômes primitifs d'exsudation et de croûtes et retardent la guérison. »

L'*évolution* de cette affection est donc extrêmement irrégulière et fantasque, soumise à des régressions imprévues et à des poussées paroxystiques.

Ce type clinique est, d'après Sabouraud, considéré par certains dermatologistes comme un eczéma chronique, par d'autres comme un prurigo eczématisé.

Bactériologie. — La constatation du streptocoque dans les lésions de la strepto-épidermite chronique à *toutes les périodes* est toujours aisée...

Anatomie pathologique. — La lésion élémentaire primitive, que l'on peut retrouver d'ailleurs aux diverses périodes de l'affection, même lorsque la lichénisation est déjà partiellement accomplie, est histologiquement identique à celle de l'impétigo aigu : ce sont des phlycténules superficielles à peine perceptibles à l'œil : « c'est toujours un point d'œdème sous-corné, un point de spongiose superficielle. »

Au stade de lichénisation constitué, il existe par points isolés des rudiments de la spongiose prévésiculaire de l'impétigo. « Mais au-dessous de ces lésions superficielles on trouve un épiderme transformé. Il est épaissi; les bourgeons épidermiques interpapillaires ont triplé leur longueur, ils forment des digitations bossuées, effilées, contournées, indice de la prolifération malpighienne supplémentaire (Acanthose).

« Le derme lui-même est épaissi, congestionné, criblé de cellules embryonnaires, et les papilles engrenées dans les bourgeons malpighiens interpapillaires ont subi un développement et des déformations correspondant aux déformations inverses des bourgeons interpapillaires eux-mêmes.

« Cet ensemble est caractéristique de la transformation dermo-épidermique, objectivement reconnaissable à la vue, au toucher, et connue sous le nom de lichénisation (E. Besnier)[1].

« Quand on suit anatomiquement ce phénomène non seulement dans l'épidermite streptococcique chronique de type pur, mais dans l'eczéma chronique secondairement infecté de streptocoques, on se rend compte que l'infection streptococcique précède trop souvent ce phénomène anatomique pour n'avoir point de part dans sa genèse, et que le streptocoque est un agent actif de la lichénisation pour les téguments sur lesquels il demeure en permanence[2]. »

[1] Nous reproduisons le texte intégral de l'auteur, mais pour la question de priorité de la lichénisation-lichénification voir l'article Lichen de cet ouvrage et l'article Eczéma d'E. Besnier dans la *Pratique Dermatologique*.

[2] Ce qui précède soulève quelques objections. Nous ne pouvons les développer dans cet ouvrage qui doit être avant tout une œuvre didactique. Nous nous bornerons à énumérer les principales pour que le lecteur ait sous les yeux tous les éléments de la discussion : 1° Au point de vue objectif, les lésions que Sabouraud regarde comme étant de la lichénification n'ont jamais été

Traitement. — L'affection est des plus rebelles; le traitement, mal défini, est, d'après Sabouraud, celui des eczémas intraitables (voir ce mot).

3° PERLÈCHE

Définition. — On désigne vulgairement dans certaines contrées de la France, en particulier dans le Limousin, sous le nom de *perlèche* ou *bridou* une affection spéciale de la commissure des lèvres qui a été bien étudiée par J. Lemaistre en 1886. Depuis elle a été l'objet de quelques travaux parmi lesquels il faut surtout citer ceux de P. Raymond (1893), de R. Planche (1897), de Sabouraud, etc...

Symptômes. — Les lésions sont presque toujours bilatérales, c'est-à-dire que les deux commissures des lèvres sont toujours prises : à leur niveau, l'épithélium est blanchâtre, macéré, en desquamation, le derme sous-jacent est rouge et un peu enflammé. Parfois il y a au niveau du sillon commissural lui-même de petites fissures qui sont le siège de douleurs assez vives et de légères hémorragies lorsque le malade ouvre largement la bouche. La lésion peut s'étendre sur les régions voisines ; mais, dans la majorité des cas, elle reste bien limitée tout autour des commissures. Le patient n'éprouve qu'une sensation de gêne ou de cuisson.

Fig. 181. — Perlèche chez une petite fille de six ans.

Elle coïncide assez souvent chez le même sujet avec de la stomatite diphtéroïde ou impétigineuse de l'impétigo, etc...

Cette affection évolue assez rapidement en deux ou trois semaines; mais elle est sujette à récidiver; aussi parfois la voit-on se perpétuer pendant des mois chez le même individu.

considérées par nous comme étant de la lichénification vraie. Nous connaissons bien les lésions post-impétigineuses qu'a étudiées Sabouraud : nous les avons minutieusement examinées au point de vue objectif ; elles sont totalement différentes au point de vue objectif de ce que nous avons appelé la lichénification vraie. Comme nous l'avons écrit, c'est une papillomatose secondaire objectivement caractérisée par une hypertrophie visible à l'œil nu des papilles du derme ; encore une fois ce n'est pas notre lichénification. Sabouraud lui-même est implicitement obligé d'en convenir puisqu'il a écrit : « Elles n'ont pas la surface plate et lisse qu'on leur voit acquérir dans les névrodermites typiques, etc... 2° Ce n'est que plus tard, quand le prurit persiste en ces points et que le malade s'est gratté, que la lésion prend réellement l'aspect de la lichénification vraie. » Mais alors l'agent pathogène majeur est évidemment devenu le grattage. 3° Sabouraud soutient qu'au point de vue histologique les lésions qu'il décrit sont identiques à celles de la lichénification. Ce ne serait pas là un argument suffisant pour prouver l'identité réelle des deux lésions, car on sait combien en dermatologie les critériums histologiques sont discutables, mais son affirmation est-elle bien exacte ? Il nous semble que non. Si l'on compare des coupes de lichénification vraie avec les coupes des lichénisations post-impétigineuses données par Sabouraud (*loc. cit.*, p. 367), on sera frappé de certaines différences. Dans la lichénification vraie les prolongements interpapillaires du corps muqueux sont infiniment moins accentués, beaucoup moins exubérants, beaucoup moins œdématiés : le processus dans son ensemble a des allures beaucoup plus chroniques. 4° Jamais, en effet, dans la lichénification vraie on ne voit en quelques jours se produire des altérations histologiques et macroscopiques aussi accentuées que celles de la lichénisation post-impétigineuse. 5° C'est que cette dernière lésion est vraisemblablement causée par le streptocoque : elle s'efface graduellement, souvent très vite, en cinq ou quinze jours, comme dans des faits personnels, lorsque l'impétigo a disparu : elle ne persiste — en changeant peu à peu d'aspect — que lorsque le prurit persiste lui aussi après la guérison de l'impétigo, lorsque le grattage entre en jeu, lorsque la lichénification vraie, conséquence du grattage, vient compliquer et transformer la lichénisation post-impétigineuse.

On l'observe surtout chez les enfants. Elle est éminemment contagieuse et se transmet d'ordinaire par les récipients dont les enfants se servent pour boire.

D'après les recherches de Lemaistre elle serait causée par un streptocoque à longs chapelets qu'il a pu cultiver, et qu'il a retrouvé dans les eaux stagnantes, les fontaines et les puits : il lui a donné le nom de *streptococcus plicatilis*. P. Raymond croit que le microbe pathogène est du staphylocoque blanc; R. Planche incrimine le staphylocoque doré. Mais les recherches récentes semblent avoir démontré que l'agent infectieux est bien le streptocoque, et que par suite cette affection doit être rapprochée de l'impétigo vrai puisqu'elle aurait le même agent pathogène que lui.

Diagnostic. — La perlèche diffère de l'herpès labialis par l'absence de vésicules et par sa contagiosité.

Elle ressemble surtout aux plaques muqueuses des commissures des lèvres : il est certain qu'objectivement il est souvent impossible de faire le diagnostic; mais dans la syphilis secondaire il y a toujours d'autres accidents qui permettent de la reconnaître.

Traitement. — D'après Lemaistre, il suffit pour faire disparaître la perlèche de toucher les commissures malades avec du sulfate de cuivre ou de l'alun. En réalité on doit faire pour cette affection le même traitement que pour l'impétigo vrai (voir ce mot pour de plus amples détails).

Il faut prendre des mesures pour que les enfants ne soient plus exposés à la contagion; pour cela on doit leur recommander de ne pas s'embrasser, et l'on doit laver à l'eau bouillante avec le plus grand soin les vases dont ils font usage.

GROUPE DEUXIÈME. — *Dermatoses dans lesquelles le rôle pathogène du streptocoque n'est que soupçonné, nullement démontré.*

1° PEMPHIGUS ÉPIDÉMIQUE[1]

Nous désignons sous le nom de *Pemphigus épidémique* une affection cutanée contagieuse, inoculable et auto-inoculable qui a été décrite chez les enfants sous le nom de *Pemphigus épidémique des nouveau-nés*, chez l'adulte sous le nom de *Pemphigus castrensis*, et qui est objectivement caractérisée par une éruption bulleuse.

Historique. — C'est Rigby qui, en 1835, a fait connaître la première épidémie incontestable de pemphigus des nouveau-nés. Depuis lors on en a souvent observé : citons parmi les plus célèbres celles de Reinbold (1837), de Lasègue et Trousseau (1850), d'Ollivier et Ranvier (1861), d'Hervieux, d'Olshausen et Mekus, de Klemm, de Koch, d'E. Vidal, etc...

Après ces observations précises, la nature contagieuse et épidémique de cette affection ne pouvait plus être mise en doute (voir pour de plus amples détails notre article de la *Pratique Dermatologique* et surtout le beau travail de A. Pasini, *Giornale Italiano delle malattie Veneree e della pelle*, 1903).

[1] Ce chapitre est le résumé de notre article de la *Pratique Dermatologique* : nous engageons nos lecteurs à le consulter s'ils veulent avoir une idée un peu complète de cette affection.

Symptômes. — Le pemphigus épidémique débute d'ordinaire brusquement en pleine santé. Cependant les nouveau-nés qui en sont atteints peuvent avoir eu antérieurement de la diarrhée, des vomissements, des symptômes divers d'atrepsie. Cette affection semble en effet se développer avec d'autant plus d'intensité que les sujets sont plus débilités.

Les bulles apparaissent le plus souvent sans aucune complication préexistante, en quelque sorte spontanément, sans le moindre prodrome; parfois au contraire les petits malades ont tout d'abord un peu d'agitation et un mouvement fébrile plus ou moins accentué.

« On voit se produire une tache rosée, plus souvent d'un rouge foncé, lie de vin et alors ne disparaissant pas totalement par la pression, au niveau de laquelle l'épiderme se détache très facilement par le grattage, et prend un aspect réticulé dû à de petits soulèvements partiels. A cette période de début l'éruption peut quelquefois avorter d'après E. Vidal, sinon le soulèvement épidermique se produit avec la plus grande rapidité, et en « deux, quatre ou six heures, rarement plus, la bulle a acquis toute sa hauteur (Rœser). » C'est une véritable bulle de Pemphigus, du moins comme aspect objectif, c'est-à-dire qu'elle est régulière, hémisphérique, bien distendue par de la sérosité citrine, d'abord transparente, puis qui se trouble bientôt quand la bulle ne se rompt pas, devient séro-purulente, parfois franchement purulente, quelquefois hémorragique.

« Il peut ne pas y avoir d'aréole inflammatoire périphérique visible, cependant dans beaucoup de cas, quand elle n'existe pas dès le début, elle ne tarde pas à se produire. Il n'y a jamais ni base indurée, ni lésion profonde du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané au niveau de l'éruption.

« Une fois formée, la bulle ne persiste pas longtemps : elle peut s'étendre par les bords de manière à devenir très volumineuse; le plus souvent elle se rompt au bout de quelques heures : le liquide qu'elle contenait s'écoule, et la couche épidermique soulevée disparaît en laissant à nu une surface rouge, lisse, qui s'agrandit parfois par les bords, grâce à un décollement graduel de l'épiderme par de la sérosité purulente, à la manière de l'ecthyma superficiel; ce dernier processus s'observe surtout vers les plis de la peau, et c'est en ces régions que l'on voit les surfaces à vif acquérir de grandes dimensions et sécréter pendant un certain temps du liquide; puis la cicatrisation s'opère lentement par dessiccation des parties dénudées et production d'un épiderme nouveau.

« Parfois, surtout au niveau des bulles isolées et de petites dimensions, il se forme, après leur rupture, de minces croûtelles jaunâtres peu adhérentes qui persistent pendant un laps de temps qui varie de trois à six jours, puis qui tombent en laissant une macule rougeâtre, laquelle ne tarde pas elle-même à disparaître complètement.

« Il est très rare d'observer la terminaison de l'éruption bulleuse par ulcération.

« Le liquide des bulles est presque toujours alcalin, quelquefois neutre, mais jamais acide; il ne se résorbe point, du moins en totalité : presque toutes les bulles se terminent par rupture.

« Le nombre des bulles est éminemment variable suivant les cas : il y a des enfants qui n'en présentent qu'une seule siégeant soit à la face, soit aux membres; mais d'ordinaire il y en a un plus grand nombre, de 20 à 30, et alors elles ont pour siège de prédilection le cou, la face, les membres. On peut aussi les observer sur le tronc, le dos des mains, autour des poignets.

« Les dimensions des bulles varient beaucoup suivant les sujets et suivant les

régions chez un même sujet. Les plus petites ont le volume d'une lentille et même d'une tête d'épingle; les plus grosses ont celui d'une noix et même davantage. Elles ont, en général, des dimensions qui varient de celles d'un pois à celles d'une noisette.

« Au cou et aux plis articulaires, au pli de l'aine en particulier, elles sont plus volumineuses qu'aux autres régions du corps : elles y sont allongées suivant la direction des plis des téguments; parfois elles arrivent par confluence après leur rupture à y former de véritables bandes ulcérées.

« Le pemphigus épidémique des nouveau-nés peut dans quelques cas envahir les muqueuses.

« Chaque bulle telle que nous venons de la décrire évolue complètement dans l'espace de cinq à quinze jours.

« Toutes les bulles qui doivent se développer chez un malade n'apparaissent pas en même temps; l'éruption se fait par poussées successives, poussées qui se succèdent assez régulièrement comme celles de la varicelle, ou bien qui sont quelquefois séparées par des intervalles assez longs pour que la dernière poussée soit presque complètement guérie quand survient la poussée nouvelle.

« Rien de plus variable d'ailleurs que le nombre de ces poussées successives; il peut n'y en avoir qu'une seule; il peut, au contraire, s'en faire un nombre assez considérable pour que la maladie persiste pendant quelques semaines.

Les *phénomènes subjectifs* éprouvés par les petits malades, ne semblent pas être bien accentués. Cependant quand les surfaces atteintes sont à vif, elles sont certainement douloureuses, et les pansements sont pénibles, comme le prouvent les cris poussés par les enfants.

« Cette affection est d'ordinaire assez bénigne et se termine par la guérison dans la grande majorité des cas. Cependant il n'est pas rare d'observer des complications, des ophtalmies, de la diarrhée, des vomissements, divers autres symptômes d'athrepsie, et dans ces cas la mort peut survenir. Mais ce ne sont là, comme nous l'avons dit plus haut, que des symptômes surajoutés à l'affection cutanée.

« Il semble néanmoins possible, d'après certains faits qui ont été publiés, que le pemphigus épidémique des nouveau-nés donne parfois lieu à des phénomènes d'infection générale des plus graves, à une sorte de staphylococcie ou de streptococcie généralisée qui se termine par la mort avec des symptômes d'infection purulente, abcès, complications viscérales, etc. (L. Brocq, *Pratique Dermat.*, t. III.)

Anatomie pathologique. — D'après Homolle qui a pu faire l'examen histologique des bulles du pemphigus des nouveau-nés, les lésions de l'épiderme et du derme seraient analogues à celles de toutes les affections bulleuses.

On discute encore pour savoir s'il y a réellement un microbe pathogène dans le pemphigus épidémique.

Almquist a décrit un coccus avec lequel il a reproduit des bulles superficielles : il ne croit pas qu'il soit identique au staphylococcus pyogenes aureus.

Peter a obtenu avec le liquide des bulles des cultures pures de staphylocoque pyogène doré et un diplocoque, et en colonies isolées le staphylocoque pyogène blanc[1]. Demme et après lui Claessen, Beck et Pasini ont cultivé un diplocoque non

[1] N.-G. Munro a trouvé dans le pemphigus contagiosus des pays chauds d'Extrême-Orient un microcoque spécial, le micrococcus vésicant, qui a de la tendance à se grouper en diplocoque,

capsulé avec lequel ils ont reproduit des bulles analogues à celles du pemphigus épidémique.

D'après l'analyse des faits cliniques, nous croyons pouvoir affirmer que le pemphigus épidémique des nouveau-nés est certainement une affection microbienne due à l'inoculation et au développement d'un microbe, streptocoque pour Sabouraud, staphylocoque ou diplocoque peut-être pour d'autres. Les bactériologistes devront se mettre d'accord sur ce point. (L. Brocq, *Pratique Dermat*, t. III.)

Étiologie. Pathogénie. — La dermatose bulleuse que nous étudions s'observe d'ordinaire chez les tous jeunes enfants, surtout du quatrième au neuvième jour après la naissance : elle est assez fréquente jusqu'à l'âge de trois ans. A partir de six ans, la réceptivité morbide est beaucoup moindre. Cependant on peut l'observer aussi chez les adultes.

C'est une affection *épidémique :* tel est le fait majeur qui domine toute son histoire.

Pour expliquer cette épidémicité qui est devenue évidente dès les premières séries de cas que l'on a relevées, on a d'abord invoqué des causes banales, telles que la malpropreté, la misère, l'alimentation défectueuse, le séjour dans les hôpitaux, etc. On a même, bien à tort, incriminé la vaccine et la puerpéralité.

E. Vidal a mis en relief deux autres caractères des plus importants de cette dermatose qui se relient intimement au précédent; ce sont sa *contagiosité* et *l'inoculabilité* de ses lésions cutanées. « Le pemphigus épidémique se transmet non seulement de l'enfant à l'enfant, mais encore de l'enfant à l'adulte.

« C'est entre vingt-quatre et quarante-huit heures, le plus souvent trente-six heures après l'inoculation, qu'on voit apparaître une petite bulle remplie de liquide clair plus ou moins citrin, bulle qui atteint son maximum de développement le deuxième ou le troisième jour. Elle se flétrit ensuite, sèche du cinquième au huitième jour, et disparaît promptement sans laisser de traces. » (E. Vidal.)

Cette importante particularité, l'inoculabilité et la contagiosité de cette affection, explique le développement des épidémies de maison et de salle d'hôpital. Elle peut aussi expliquer l'extension de la maladie sur le même malade, le siège de prédilection de l'éruption sur les régions du corps qui sont le plus exposées aux frottements et aux excoriations.

Elle permet également de relier les cas observés chez les nouveau-nés et chez les adultes, et de faire une seule et même maladie du pemphigus épidémique des enfants et des divers pemphigus épidémiques de l'adulte qui ont été décrits, puisque les grandes personnes qui avoisinent les enfants, peuvent être infectées (L. Brocq, *Pratique Dermat.*, t. III).

Le pemphigus épidémique une fois développé dans un hôpital ou dans une agglomération à l'état d'épidémie attaque tout aussi bien les enfants bien portants que ceux qui sont faibles, ceux qui sont bien allaités que ceux qui sont mal alimentés. Mais les complications graves infectieuses sont plus fréquentes et par suite la mortalité est beaucoup plus forte chez ceux qui sont athrepsiques ou syphilitiques héréditaires.

Nature de la maladie. — Ce qui précède montre que le pemphigus épidémique des nouveau-nés, est une maladie locale, externe, tout-à-fait différente des autres

qu'il a pu cultiver sur des milieux divers, et avec lequel il a pu reproduire les bulles caractéristiques. Il croit qu'il doit être distingué de l'impetigo contagiosa vrai, car il affecte surtout les jambes et le tronc.

éruptions connues qui sont étiquetées pemphigus, puisqu'aucune de ces dernières n'est ni inoculable, ni auto-inoculable.

Il est donc comparable à l'impetigo contagiosa de Tilbury Fox auquel il doit être assimilé.

Diagnostic. — L'épidémicité, l'inoculabilité, l'auto-inoculabilité, le peu de retentissement de l'affection du moins au début et dans la plupart des cas sur l'état général, permettent de distinguer le pemphigus épidémique des autres affections bulleuses que peuvent présenter les enfants en bas âge et qui sont les suivantes :

1° Des *éruptions pemphigoïdes d'origine médicamenteuse ;*

2° Des *urticaires bulleuses* qui sont chez eux beaucoup plus fréquentes que chez les adultes, qui ont une base urticarienne typique, qui ont des bulles moins volumineuses que celles du pemphigus épidémique, qui sont disséminées, sans aucune systématisation ;

3° Des *varicelles bulleuses,* qui s'accompagnent de fièvre, et dont les éléments éruptifs sont plus abondants d'emblée, et moins volumineux ;

4° Des *érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux;*

5° Des *dermatites polymorphes douloureuses aiguës, subaiguës* et même *chroniques* à poussés successives ;

6° Peut-être le *pemphigus aigu fébrile grave ;*

7° Peut-être le *pemphigus foliacé ;*

8° Des éruptions bulleuses dans le cours d'autres dermatoses, comme l'*ichtyose fœtale ;* la *dermatite exfoliative épidémique des nouveau-nés,* etc.

D'après certains auteurs il n'y aurait pas lieu de distinguer le pemphigus épidémique de l'*impetigo contagiosa ;* cependant dans l'impétigo les bulles sont plus rapidement purulentes, les croûtes plus jaunâtres, et les lésions s'observent surtout à la face.

Nous ne parlons pas du *pemphigus syphilitique* qui n'en a ni l'aspect, ni les bulles volumineuses, ni les localisations.

Traitement. — Le traitement général n'est nécessaire que lorsque les enfants sont chétifs. On les allaitera au sein si c'est possible. Dans les cas graves on pourra essayer les inhalations d'oxygène ; s'il y a une forte fièvre, on tentera de mettre des suppositoires à la quinine.

« Il faut soustraire le malade à toutes les causes d'inoculation et d'auto-inoculation. En temps et en foyer d'épidémie on éloignera immédiatement les sujets indemnes ; on isolera ceux qui sont atteints. Les personnes qui les soigneront seront soumises à de très sérieuses précautions de désinfection et d'asepsie avant et après les pansements : ces précautions sont indispensables et pour elles et pour les autres bébés qu'elles auront à manier.

« Quand les enfants sont bien portants et bien nourris, quelques soins de propreté suffisent dans la majorité des cas pour amener une guérison complète. On doit s'efforcer de soustraire la région malade à tout frottement, à tout traumatisme. Quand les bulles sont ouvertes, on fait des lotions fréquentes avec des liquides émollients ou mieux un peu astringents, comme l'eau de feuilles de noyer boriquée. On touche une fois par jour ou tous les deux jours les surfaces malades avec de l'eau d'Alibour, coupée de 20 fois à 5 fois son volume d'eau bouillie, ou bien avec une solution de nitrate d'argent allant, suivant les nécessités du cas, du 1/100 au 1/120. Puis on panse simplement avec des poudres inertes, telles que le

sous-nitrate de bismuth, l'oxyde de zinc, le talc, et à la rigueur le lycopode ; ou bien on applique d'abord une pommade à l'oxyde de zinc boriquée au 20e, par-dessus laquelle on met une de ces poudres. Quand les bulles sont confluentes et que de vastes étendues de peau sont dénudées, Comby traite le pemphigus comme les brûlures graves par la solution d'acide picrique au 100e et le pansement ouaté. Nous préférerions dans ce cas le simple pansement avec le liniment oléo-calcaire aseptique, ou la très belle vaseline boriquée au 20e. » (L. Brocq, *Pratique Dermat.*, t. III.)

2° IMPÉTIGO HERPÉTIFORME

Symptômes. — L'école de Vienne désigne sous ce nom une affection rare de la peau qui survient surtout chez les femmes enceintes, mais qui peut aussi, quoique fort rarement, s'observer chez les hommes, chez la femme en dehors de la grossesse, et qui est caractérisée par l'apparition dès le début de pustules miliaires, superficielles, de la grosseur d'une tête d'épingle, à contenu opaque, puis jaune verdâtre : pendant toute la durée de la maladie, il se forme des pustules identiques : elles ont une tendance marquée à se disposer par groupes. Elles sont entourées d'une aréole rouge, et reposent sur une base enflammée ; leur centre se recouvre de bonne heure d'une croûte d'un brun sale pendant qu'apparaissent immédiatement autour de cette croûte, sous forme de cercle simple, double ou triple, de nouvelles pustules pareilles aux premières qui se dessèchent à leur tour et augmentent ainsi le volume de la croûte centrale.

Ces lésions partent de quelques points primitifs isolés, situés surtout vers le pli de l'aine, le nombril, les seins, les creux axillaires, et finissent par couvrir ainsi d'assez vastes surfaces. Quand les croûtes tombent, le derme sous-jacent est rouge, revêtu d'un épiderme nouveau, ou suintant, infiltré, hérissé de papilles. Parfois les muqueuses sont prises ; il y a une élévation de température marquée, symptomatique d'une fièvre continue rémittente. La langue est sèche ; l'état général mauvais (Kaposi). La terminaison par la mort est la règle dès la première attaque, ou dans le cours d'une récidive, lors d'une grossesse ultérieure. Le pronostic est grave, puisque l'on compte environ 18 morts sur 24 cas (statistique de Dubreuilh), 19 morts sur 34 cas (statistique de E. Borzecki) ; l'affection peut se terminer d'une manière fatale en un laps de temps qui varie de quinze jours à six mois : les cas qui guérissent durent d'ordinaire plus longtemps.

Les uns pensent que cette dermatose est d'origine pyohémique, d'autres qu'elle est d'origine réflexe, nerveuse et vasculaire. Son individualité est des plus discutables[1]. Il est probable toutefois que c'est une maladie infectieuse ; aussi, provisoirement, la rangeons-nous à côté des pyodermites.

Diagnostic. — La description qui précède montre que cette affection peut à la rigueur être distinguée de l'herpès gestationis avec lequel on a voulu la confondre en les rangeant tous deux dans la dermatite herpétiforme.

Traitement. — La médication qui a été instituée dans les cas d'impétigo herpéti-

[1] C'est pour ce motif que nous écourtons cette description : nous renvoyons ceux que cette question intéresse aux travaux de Dubreuilh, en particulier à son article de la *Pratique Dermatologique*, t. II, p. 856.

forme a consisté en applications émollientes, poudres sèches, bains continus simples et alcalins, pommades anodines.

Nous pensons qu'il faut dans ces cas donner avant tout un traitement interne énergique dans lequel la quinine doit jouer le principal rôle.

On a proposé de pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

B'. — *Staphylococcie cutanée.*

Vue d'ensemble. — On pourrait dire de la staphylococcie cutanée ce que nous avons dit de la streptococcie : dans son histoire il y a encore beaucoup de points obscurs, et ce n'est qu'en formulant toute espèce de réserves que nous allons en présenter le tableau suivant.

Théoriquement, il nous faudrait passer en revue les dermatoses causées par les divers staphylocoques : mais le plus important sans aucun doute au point de vue pathologique est le *staphylocoque doré*.

Ce microbe est extrêmement commun à la surface de la peau. Il complique pour ainsi dire toutes les dermatoses caractérisées par des effractions épidermiques. Il est l'agent principal des suppurations cutanées.

« Lorsqu'on parle du staphylocoque doré, envisagé comme dermatophyte, il ne faut pas perdre de vue les deux formules suivantes auxquelles l'étude bactériologique attentive donne la valeur de lois générales :

« I. Dans une lésion cutanée, lorsque l'on rencontre le staphylocoque doré, en compagnie de microbes autres que lui, cette lésion n'est pas d'origine staphylococcique, et le staphylocoque doré ne l'habite qu'à titre d'infection secondaire.

« II. Le staphylocoque doré, dans les lésions qu'il a faites lui-même, n'admet pas de microbes d'infection seconde. » L'infection staphylococcique s'y maintient rigoureusement pure (Sabouraud, *Pratique Dermat.*, t. II, p. 664).

L'étude de la staphylococcie cutanée devrait comprendre :

I. L'étude du microbe.

II. L'étude des dermatoses dans lesquelles le staphylocoque doré joue le rôle de dominante étiologique, c'est-à-dire qui reconnaissent pour cause première et capitale l'inoculation du staphylocoque doré sur une peau primitivement saine : ce sont celles que nous allons étudier dans ce chapitre.

III. Les dermatoses qui reconnaissent pour cause pathogène première l'association morbide du staphylocoque doré à un autre microbe pathogène : ces microbes étant inoculés sur une peau primitivement saine.

IV. Les résultats de l'inoculation secondaire du staphylocoque doré sur une dermatose préexistante.

I. **Description du staphylocoque doré.** — (Se reporter au chapitre *Étiologie générale* et aux ouvrages classiques de bactériologie.)

II. **Dermatoses reconnaissant pour cause première le staphylocoque doré.** — Ce sont toutes les suppurations primitives de la peau. On peut les diviser en trois principales catégories d'après leur point de départ :

A. *L'inoculation du staphylocoque peut être superficielle, épidermique ;* la lésion qui en résulte répond à l'*ecthyma ancien*.

B. *L'inoculation du staphylocoque peut se faire à l'orifice d'un follicule pilo-sébacé :* les lésions qui en résultent répondent au groupe énorme des folliculites suppurées correspondant à l'*impétigo de Bockhart*, etc...

C. *L'inoculation du staphylocoque peut être profonde,* et les lésions qui en résultent constituent le *furoncle*, l'*anthrax*, les *abcès sous-cutanés*.

D. On doit enfin très probablement rattacher à la staphylococcie cutanée une lésion tout à fait différente d'aspect des précédentes — la *botryomycose*.

A. ***Ecthyma vrai.*** — Nous renvoyons à l'article impétigo pour la discussion de la question de l'impétigo et de l'ecthyma. On y verra qu'il est à l'heure actuelle

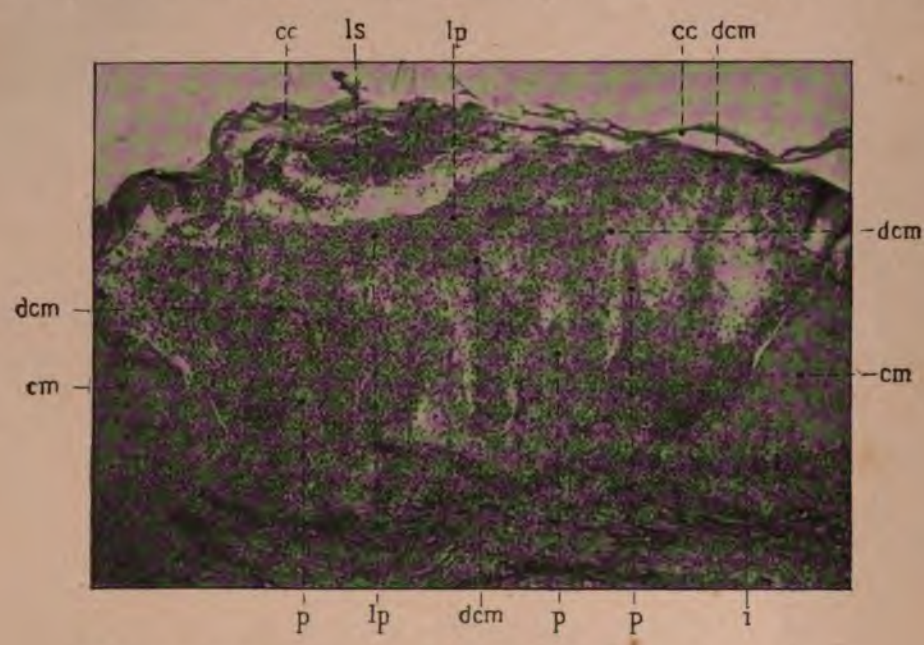


Fig. 182. — Ecthyma (coupe portant sur les bords de la phlyctène purulente, avant l'ouverture de la cavité).

c, débris cornés. — *m*, corps muqueux (au voisinage de la lésion). — *es*, escarre constituant le centre du couvercle de la phlyctène et formée de débris épidermiques farcis de leucocytes, de microbes, etc. — *p*, papilles. — *dcm*, débris du corps muqueux, morcelé et infiltré par une diapédèse intense, des globules de pus, etc. — *lp*, lac purulent. — *i*, inflammation sous-épithéliale.

à peu près complètement démontré que la plupart des lésions décrites par la génération médicale de la deuxième moitié du siècle dernier sous le nom d'ecthyma ne sont que des impétigos, c'est-à-dire des lésions à début phlycténulaire et reconnaissant le streptocoque pour cause microbienne première. Ces lésions sont infectées secondairement et avec rapidité par le staphylocoque doré. Quand on les inocule à cette période on reproduit une pustule d'emblée, pustule dans laquelle il n'y a que du staphylocoque doré. *Tel est l'ecthyma vrai.*

En inoculant sur une peau saine un impétigo vrai suppuré, on obtient donc non un impétigo vrai, mais une pustule d'emblée reconnaissant pour agent pathogène le staphylocoque doré. Et cette pustule vraiment staphylococcique pourra redonner par deuxième génération, si on l'inocule de nouveau, une nouvelle lésion primitivement pustuleuse. *Cela est pour nous l'ecthyma vrai.*

Nous donnons donc le nom d'*ecthyma vrai* à une lésion cutanée inoculable et auto-inoculable, caractérisée par une pustule d'emblée, arrondie, qui repose sur une base enflammée, et qui a une légère tendance à s'étendre excentriquement par inoculation sous-épidermique des parties voisines, tandis qu'au centre se forme une croûte brunâtre.

Cette lésion est très voisine de l'ancien ecthyma superficiel d'E. Vidal et Leloir, ou pour mieux dire ces auteurs confondaient sous ce nom deux lésions distinctes, mais qu'il faut observer avec grande attention pour les diagnostiquer cliniquement.

1° Des soulèvements aplatis de l'épiderme par de la sérosité purulente à marche rapidement extensive par décollement de la couche cornée, et arrivant à former des éléments de 1, 2, 3, 5 centimètres de diamètre et même plus. D'après les recherches de Sabouraud, ces lésions doivent être rattachées à la *streptococcie cutanée* et à l'*impetigo contagiosa* (voir ces mots).

2° Des pustules d'emblée presque toujours miliaires, atteignant plus rarement, comme dans la gale pustuleuse [1], des dimensions de 3 à 6 millimètres de diamètre, mais n'ayant jamais la même tendance à l'extension périphérique que les précédentes. Elles nous paraissent devoir être rattachées à la staphylococcie cutanée, et nous pensons, comme nous venons de le dire, qu'on pourrait leur réserver le nom d'ecthyma vrai.

On voit donc que les descriptions anciennes sont à reprendre en totalité puisqu'elles reposaient sur une confusion qui n'est pas encore complètement élucidée.

Nous renvoyons pour plus de détails à l'article Streptococcie cutanée.

B. — *Folliculites suppurées* [2].

Vue d'ensemble. — Sous le nom de *folliculites suppurées* ou *folliculites pustuleuses orificielles* (Sabouraud) ou *porofolliculites* (E. Besnier) nous groupons toute une série de faits cliniques ayant un certain air de famille, et ayant pour caractères communs : 1° La présence certaine ou probable du staphylocoque doré comme agent pathogène ; 2° une suppuration péripilaire.

Nous faisons rentrer dans ce groupe les formes morbides suivantes :

1° Les *folliculites pustuleuses orificielles superficielles* du type dit *impétigo de Bockhart*, et toutes leurs variétés ;

2° Les *folliculites pustuleuses orificielles avec envahissement profond des tissus du type clinique dit sycosis*, lesquelles ont d'ailleurs les relations les plus étroites avec les formes précédentes ;

3° Les *folliculites dites décalvantes*, groupe complexe qui renferme les sous-variétés suivantes :

a) L'*acné décalvante de Lailler Robert ;*

[1] C'est dans certains cas de gale pustuleuse que l'on peut bien observer les deux variétés de lésions dont nous parlons en ce moment. A côté d'éléments aplatis, larges, remplis de sérosité purulente répondant à la description de la streptococcie cutanée, on voit çà et là quelques éléments beaucoup plus petits, comme ramassés, remplis d'un pus épais, véritables pustules d'emblée n'ayant que fort peu de tendance à l'extension, et ne semblant pas être d'une manière évidente périfolliculaires : ces dernières lésions répondent à notre ecthyma vrai.

[2] Voir aux tableaux d'ensemble ce que l'on entend à l'heure actuelle sous le nom de *Folliculites*.

b) Le *sycosis lupoïde* ;

c) L'*acné chéloïdienne de la nuque* pourrait et devrait même d'après nous être annexée à ce groupe. Les recherches microbiennes de Sabouraud la rangent dans les acnés monomorphes : nous adopterons pour le moment cette manière de voir.

1° Folliculites pustuleuses orificielles superficielles.

Symptômes. — La lésion élémentaire de cette dermatose est la pustule périfolliculaire orificielle (Sabouraud).

Elle débute par un petit point rouge circumpilaire, et déjà dans la majorité des cas le malade ressent à ce niveau de la tension, de la chaleur et de la douleur surtout aux mouvements et au toucher. En quelques heures la rougeur s'accentue : au niveau du point atteint il se fait une légère tuméfaction et une induration légère mais perceptible au toucher des téguments : en même temps les phénomènes subjectifs augmentent d'intensité : ils sont d'autant plus accentués que les tissus sont plus serrés et plus adhérents aux plans sous-jacents.

Enfin paraît au milieu de la rougeur, autour du poil lui-même, une petite tache jaunâtre qui correspond à un soulèvement de l'épiderme corné par une minime collection purulente. Celle-ci s'accroît progressivement et arrive en deux, trois jours, à sa période adulte.

Elle est alors caractérisée par une véritable pustule circumpilaire, d'un volume moyen qui varie de celui d'une petite à celui d'une grosse tête d'épingle ; elle atteint parfois des dimensions beaucoup plus considérables. Ces éléments éruptifs font d'ordinaire une légère saillie hémisphérique au-dessus du niveau des téguments, plus rarement ils sont profonds et comme enchâssés dans le follicule. Leur couleur est d'un beau jaune d'or ou d'un jaune verdâtre. Ils renferment en effet une gouttelette de liquide franchement purulent, assez épais, parfois un peu diffluent et séro-purulent.

L'épiderme qui forme le couvercle de la pustule ou le sommet de la coupole est d'ordinaire assez résistant, cependant son épaisseur varie selon les cas : parfois il résiste au grattage, parfois il se rompt sous l'influence du moindre traumatisme. Il est traversé par le poil autour duquel il fait parfois une légère saillie, parfois il est un peu déprimé et forme un soupçon d'ombilication.

La cavité de la pustule est un peu infundibuliforme et se prolonge le long du poil qui tantôt en occupe le milieu, tantôt est rejeté latéralement. Quand on a déchiré l'épiderme qui recouvre la pustule et détergé le pus qui la remplit en se servant d'un tampon d'ouate hydrophile, on voit le plus souvent au fond de la cavité une couche d'enduit verdâtre purulent; si on l'enlève mécaniquement ou par expression, on en fait sourdre une ou plusieurs gouttelettes de sang ou de sérosité purulente, et il s'y forme ensuite une croûtelle d'un jaune brunâtre ou noirâtre.

Tout autour de la pustule les téguments sont d'un rouge vif, tuméfiés, et cette rougeur et cette tuméfaction forment une saillie acuminée dont le sommet est occupé par la collection purulente que nous venons de décrire. Cette aréole inflammatoire diminue progressivement vers les tissus sains périphériques. Elle est d'ailleurs éminemment variable selon les cas et selon les localisations : parfois elle semble faire à peu près complètement défaut, parfois elle est presque aussi développée que dans un furoncle. Elle est, comme nous l'avons dit plus haut, le siège de sensations de douleur et de tension plus ou moins accentuées suivant l'endroit et suivant les sujets.

A mesure que se fait l'évolution de cette lésion, lorsqu'elle n'a pas été excoriée par un traumatisme quelconque, la pustule centrale tend à se dessécher : elle est dès lors remplacée par une croûtelle épaisse, jaunâtre, ayant, suivant la remarque de Sabouraud, la forme d'une petite lentille biconvexe solide.

En même temps l'inflammation et la tuméfaction périphériques diminuent graduellement. Puis la croûte complètement desséchée se détache et tombe en laissant au-dessous d'elle un derme un peu rouge et à sa périphérie quelques fins lambeaux épidermiques blanchâtres en desquamation.

Tout rendre dans l'ordre sans aucune cicatrice consécutive, à moins que la pustule n'ait eu des prolongements assez profonds, et dans ce cas il persiste une cicatrice périfolliculaire plus ou moins accentuée, mais alors on empiète sur la forme suivante.

2° Folliculite orificielle profonde.

Lésion élémentaire du sycosis. — Cette forme débute comme la précédente : elle en a l'aspect extérieur. Mais il se produit bientôt une induration péripilaire, une rougeur et une tuméfaction des téguments beaucoup plus accentuées, constituant des sortes de papulo-tubercules circumpilaires à suppuration centrale, donnant au doigt une sensation marquée de nodosité et d'infiltration profonde des tissus.

En même temps surviennent des phénomènes subjectifs assez intenses de brûlure, de cuisson, de tension de la région, parfois d'élancements. La peau s'épaissit et s'infiltre de plus en plus.

Après avoir ouvert la pustule apparente à l'extérieur et après l'avoir vidée, si l'on exprime fortement le nodule inflammatoire entre les doigts, on parvient dans beaucoup de cas à faire jaillir de l'orifice une nouvelle gouttelette de pus, ce qui prouve qu'il y avait une deuxième collection purulente plus profonde autour du follicule, collection reliée à la collection superficielle par le canal folliculaire. C'est l'*abcès en bouton de chemise* qui est si fréquent dans les formes profondes des folliculites.

Au lieu d'avoir une évolution aiguë, cette collection purulente profonde périfolliculaire peut se former avec lenteur, évoluer à l'état torpide en donnant naissance à des nodosités du volume d'un petit pois ou d'une petite noisette, douloureuses par périodes, souvent presque indolentes et qui persistent pendant des semaines ou même pendant des mois. Elles sont d'ailleurs toujours susceptibles de s'enflammer, de donner lieu à des poussées aiguës, et même de produire de véritables abcès sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses. C'est l'*abcès froid sycosique* de Sabouraud [1].

Parfois le follicule pileux qui a été atteint dans sa totalité par le processus inflammatoire ne suppure pas, mais subit un processus lent d'atrophie aboutissant à la destruction totale et définitive de la papille pileuse. Objectivement cette lésion est dénotée par de la rougeur orificielle pendant la phase d'activité, puis par une cicatrice d'abord rouge punctiforme, puis blanchâtre et déprimée (c'est *la folliculite chronique* de Sabouraud, lésion qui se rapporte à nos types cliniques dits folliculites décalvantes).

[1] C'est la lésion élémentaire de certaines formes éruptives qui sont décrites comme *acnés indurées*, ou *acnés profondes*, ou *acnés phlegmoneuses* de la face, et qui sont très fréquentes de vingt-cinq à quarante-cinq ans, chez la femme, au menton et autour de la bouche (voir *Acné*.)

Comme *complications* fréquentes de ces folliculites suppurées, nous devons signaler le *furoncle* et *les abcès furonculeux*.

Anatomie pathologique de la lésion élémentaire des folliculites orificielles. — Disons tout d'abord pour n'y plus revenir que l'agent infectieux est ici constamment le staphylocoque doré : il existe en cultures pures dans le pus des pustules, à l'exclusion de tout autre microbe (Sabouraud). Cependant on y trouve parfois du staphylocoque blanc, mais l'auteur précité croit qu'il y a eu dans ces cas quelque faute de technique.

« L'inoculation du staphylocoque doré en culture reproduit une fois sur trois en

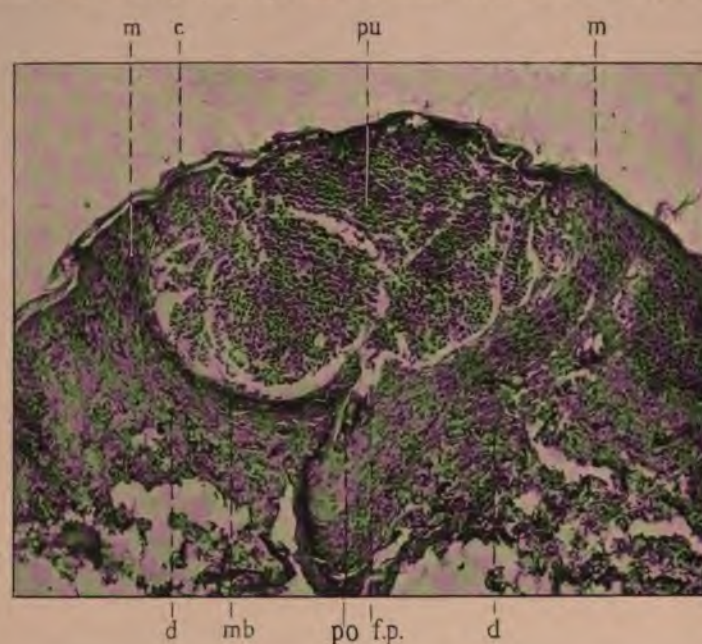


Fig. 183. — Impétigo de Bockhart.

c, couche cornée. — *m*, corps muqueux de Malpighi en acanthose. — *mb*, couche basale et corps muqueux distendu à la partie profonde de la pustule. — *fp*, follicule pileux au niveau duquel a débuté la pustule. — *po*, poil de duvet. — *pu*, pustule remplie de leucocytes. — *d*, derme congestionné et infiltré.

moyenne la pustule folliculaire. Il suffit d'introduire la semence dans un orifice folliculaire avec une aiguille en provoquant une *très minime* dilacération locale épidermique. » (Sabouraud, *Pratique Dermat.*, t. II, p. 663.)

D'après le même auteur, l'invasion des staphylocoques, agents premiers de la folliculite, se fait latéralement dans le follicule : ils passent sous l'épiderme qui tapisse l'évasement orificiel de ce follicule. « Aussitôt d'innombrables cellules migratrices appelées par le pouvoir chimiotaxique positif de la toxine staphylococcique, arrivent au point lésé par les microbes, en dissociant sur leur chemin les cellules épidermiques les unes des autres. Bientôt les cellules migratrices ont doublé, décuplé l'épaisseur épidermique en ce point. Autour des pelotons microbiens qui ont par leur croissance pénétré sous la lame cornée, l'afflux leucocytaire crée une cavité par dissociation et refoulement des couches épidermiques, et cette cavité, d'abord difficile à discerner sur des coupes, tant les cellules migratrices et les

cellules épidermiques sont étroitement mélangées, devient à chaque heure plus apparente et plus régulière. »

« L'effraction microbienne du follicule est d'abord unilatérale. Peu à peu elle envahit tout le pourtour de l'orifice folliculaire. » (Sabouraud, *Pratique Dermat.*, p. 664-665).

« La pustule se développe en couronne sous l'épiderme corné de l'orifice folliculaire », et le conduit folliculaire avec son épiderme la traverse verticalement comme un axe.

Dans la cavité de la pustule on trouve des cellules épidermiques éparses, diversement agglomérées, et surtout une quantité considérable de leucocytes qui finissent peu à peu, lorsque la pustule évolue sans s'ouvrir, par subir un processus de dégénérescence : leurs noyaux s'agglomèrent en un point et le reste de la pustule se remplit d'une sérosité assez claire.

Quant aux staphylocoques, ils se trouvent sous l'épiderme corné de la coupole où ils sont disposés en amas mûriformes, et souvent le long du poil, dans le follicule.

Le fond de la pustule est occupé par une escarre dermique périfolliculaire infiltrée de globules blancs. »

Il est possible que les staphylocoques envahissent les parties moyennes ou profondes du follicule pileux : ils y créent alors par un mécanisme identique au précédent l'abcès en bouton de chemise, l'abcès froid sycosique, le furoncle et l'abcès furonculeux.

En particulier dans l'*abcès en bouton de chemise* on trouve sur une coupe en allant de la surface à la profondeur : 1° L'abcès supérieur, (c'est-à-dire la folliculite superficielle ostio-folliculaire que nous venons de décrire) ; 2° Le tiers supérieur de la cheminée folliculaire envahi par les staphylocoques ; 3° L'abcès inférieur développé au niveau de la partie moyenne du conduit folliculaire et dans le derme adjacent, soit en dehors de ce conduit « avec lequel il communique par une effraction latérale, soit autour de ce conduit. »

Lorsque ces abcès profonds ont une évolution fort lente, les microbes ont une tendance à disparaître peu à peu ; et, quand ces lésions sont très vieilles, elles peuvent être totalement amicrobiennes.

Formes cliniques des folliculites suppurées. — a) *Folliculites suppurées des parties glabres* [1].

Étiologie. — Les folliculites suppurées des parties glabres sont presque toujours le résultat d'applications irritantes faites sur les téguments, et qui macèrent l'épiderme, le ramollissent, le fragmentent ou le dilacèrent et facilitent ainsi les inoculations microbiennes.

Il s'agit d'ordinaire de simples traumatismes directs, égratignures, piqûres, grattages, etc., d'*application de topiques irritants*, emplâtres divers, médicaments tels que le goudron, l'huile de Cade, la térébenthine, le thapsia, l'huile de Croton, etc., de certaines professions manuelles telles que celles des blanchisseuses,

[1] Peut-être faudrait-il y ranger l'affection à laquelle nous avons donné le nom d'*éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face*, et qui est bien nettement spontanée, c'est-à-dire qui peut se développer en dehors de toute action irritante extérieure : mais il ne nous paraît pas prouvé que ce soit une folliculite, et sa coexistence avec la couperose est d'une telle fréquence que nous la décrivons au chapitre *Acné rosacée*.

des épiciers, des plâtriers, maçons, cimentiers, boulangers, teinturiers, peintres, imprimeurs, photographes, etc. (*miliaire pustuleuse professionnelle*).

Symptômes. — Il est à la rigueur possible d'en distinguer deux formes cliniques selon qu'elles sont : a) *groupées*, b) *disséminées*.

A'. Folliculites groupées. — Aux consultations hospitalières nous les observons surtout aux mains et aux avant-bras des laveuses qui manient l'eau de Javel, le carbonate de potasse et les savons de qualité inférieure. Sous l'influence de ces contacts irritants qui pour une raison ou pour une autre ne sont pas supportés ce jour-là (excès de contact, qualité pure des substances, diminution de la force de résistance du sujet, etc.), les téguments rougissent, se tuméfient, et sur ce fond apparaissent çà et là des soulèvements purulents de l'épiderme. La plupart de ces pustules sont minuscules (pustules miliaires); assez souvent elles ne débutent pas autour d'un orifice pilaire (ecthyma vrai, voir plus haut) : assez souvent elles se compliquent d'impétigo ecthymateux (voir *streptococcie*), et dans ce cas elles sont larges, aplaties, et répondent tout à fait à la description de l'ecthyma des vieux auteurs.

Elles peuvent s'ouvrir ou être déchirées par le grattage ; le plus souvent elles restent intactes et sèchent au bout de cinq à dix jours, en formant une petite croûtelle qui finit par se détacher et qui laisse autour d'elle une légère desquamation; peu à peu la rougeur et la tuméfaction des téguments disparaissent et tout revient à l'état primitif sans cicatrices, pourvu que la cause provocatrice de l'affection n'existe plus. Si elle persiste au contraire, il se reproduit incessamment des pustules sur une peau qui finit par présenter toutes les lésions des dermites chroniques, rougeur, épaississement, infiltration du derme et surtout du corps papillaire, hyperacanthose, parakératose et desquamations, etc., et ce sont ces faits qui ont été décrits par de nombreux auteurs comme étant de l'eczéma [1].

B'. Folliculites disséminées. — α) Sous le nom de *maladie de Colles, de Graves, de Jaccoud*, on a décrit des pustules périfolliculaires disséminées se développant çà et là sur les téguments sans aucune systématisation, et sans cause aucune appréciable.

On les a surtout observées chez l'enfant, et chez les sujets blonds, atteints d'hypophosphaturie, de chlorobrightisme, de troubles digestifs. Chez l'adulte elles surviennent dans les mêmes conditions et surtout dans le diabète.

En réalité ce sont des crises de furonculose au petit pied. Et cette vue de l'esprit est tellement juste qu'on voit ces poussées pustuleuses folliculaires aboutir parfois à de véritables furoncles. Elles évoluent comme dans la furonculose par poussées successives ; chacune d'elles est constituée par 10, 20, 30 pustules disséminées siégeant sur les avant-bras, les bras, les jambes, les cuisses, le tronc. Elles peuvent affecter une région de préférence, changer de région suivant les périodes, etc. Elles sont subintrantes ou séparées par des périodes variables de calme relatif. Dans leur ensemble elles durent de quelques mois à plusieurs années.

Nous ne saurions trop répéter que cette affection a les rapports les plus étroits avec la furonculose : d'ailleurs on peut voir survenir vers la fin de ces périodes éruptives des furoncles, des anthrax ou des abcès profonds. Nous renvoyons à la furonculose pour l'étude de l'étiologie et du traitement.

[1] Voir pour de plus amples détails sur ce point les mémoires originaux de Sabouraud : *Annales de Dermatologie*, 1900, et *Pratique dermatologique*, t. II, p. 679-680.

β) La plupart des folliculites orificielles disséminées se relient soit à une action traumatique médicamenteuse (la lésion dite acné cadique en est un type et n'est nullement une acné vraie, ainsi que l'a fort bien établi Sabouraud), soit à une affection parasitaire quelconque, en particulier à la gale et à la phtiriase : elles s'y combinent avec l'impétigo-ecthyma que nous étudions au chapitre de la streptococcie cutanée. Certains trichophytons peuvent aussi se compliquer de folliculites ; mais ils le font surtout sur les régions velues.

B. **Folliculites suppurées des régions velues.**

A'. Type folliculites superficielles (impétigo de Bockhart. — Les folliculites suppurées superficielles des régions velues peuvent être : α) *disséminées*, β) *agminées*.

α) *Disséminées*, on les observe assez souvent au cuir chevelu, à la barbe, à la suite d'irritations traumatiques, de savonnages, d'application de liniments térébenthinés, d'huile de Cade, de goudron, d'axonge rance, d'emplâtres, etc. Elles peuvent évoluer spontanément vers la guérison après la suppression de l'agent qui en a déterminé l'apparition. Mais elles peuvent aussi récidiver même après sa suppression, et évoluer par poussées successives lesquelles sont parfaitement inexplicables, lorsque l'on a institué une médication rationnelle par l'épilation et la désinfection.

Fig. 184. — Folliculites de la barbe. Impétigo de Bockhart.

Elles peuvent apparaître brusquement (impetigo ab impetu) sans cause occasionnelle appréciable chez les enfants, et évoluer chez eux pendant fort longtemps par poussées imprévues et successives de 10, 20, 30 éléments éruptifs localisés en une région, nuque, tempe, sommet de la tête, etc. Au cuir chevelu elles sont d'ordinaire petites, de la grosseur d'une fine ou d'une moyenne tête d'épingle, comme enchâssées dans le follicule pileux ; quelques-unes atteignent un volume plus considérable : il est rare, sauf processus inflammatoire des plus intenses et agmination des éléments, d'observer de la rougeur des téguments. Mais pour ainsi dire toujours, dès le début, les ganglions de la région intéressée sont volumineux et sensibles au toucher.

Dans quelques cas l'éruption est extrêmement intense : le cuir chevelu est rouge, douloureux, et dans les vingt-quatre heures il se couvre d'une éruption presque cohérente de pustules péripilaires superficielles, rarement profondes, qui sèchent et se terminent par la guérison en quelques jours si on ne les tourmente pas, mais qui peuvent récidiver (*Forme aiguë miliaire* de Sabouraud).

A la barbe et à la moustache, les lésions élémentaires sont d'ordinaire un peu plus saillantes et elles s'accompagnent beaucoup plus souvent qu'au cuir chevelu de rougeur périphérique.

Au pubis elles sont plus volumineuses encore : elles y ont presque toujours de la tendance à s'indurer et à passer à la forme sycosique.

β) *Agminées*, elles sont surtout fréquentes à la barbe, au menton où elles forment ce qu'on appelait autrefois la *mentagre*, aux paupières, aux lèvres et en particulier à la lèvre supérieure et aux narines où elles constituent une affection extrêmement

commune qui a une tendance accentuée à passer à l'état de sycosis et que l'on a appelée : *Folliculites récidivantes de la lèvre supérieure, impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure,* etc.

B'. Type folliculites profondes mélangées aux folliculites superficielles (*Sycosis des anciens auteurs*).

Description générale du processus. — Nous avons étudié plus haut la lésion élémentaire (folliculite profonde) de cette forme morbide. Cela nous permet d'être assez brefs. Dans le sycosis ordinaire staphylococcique qu'il ne faut pas confondre avec le sycosis trichophytique (voir *trichophytie*), le début se fait habituellement par des pustules orificielles superficielles, puis, au bout d'un laps de temps variable, parfois presque d'emblée, il se forme des pustules profondes qui créent des noyaux d'infiltration dermique. Ces noyaux peuvent rester discrets, mais le plus souvent ils se multiplient, deviennent cohérents, et constituent alors des masses indurées et infiltrées inflammatoires au niveau desquelles le derme est rouge vif, très tuméfié, bosselé à la vue et surtout au toucher, et criblé d'orifices folliculaires suppurés, d'où l'on fait sourdre par l'expression des gouttelettes de pus. Le tissu cellulaire sous-cutané lui-même peut être infiltré, et dans quelques cas il s'y forme de véritables abcès.

Ces phénomènes d'inflammation profonde s'accompagnent d'ordinaire de sensations de brûlure, de cuisson, de tension, et parfois d'élancements de la région.

On comprend combien l'aspect d'un sycosis peut être variable suivant la forme, le volume et l'évolution de ces masses infiltrées dont les dimensions varient de celles d'un pois à celle d'une noix et même davantage.

Parfois elles ont une marche aiguë, et s'ouvrent rapidement à l'extérieur, parfois elles sont torpides, restent fort longtemps stationnaires, puis subissent des poussées aiguës, ou un lent processus de régression (voir l'étude de la pustule profonde).

A leur côté se trouvent des éléments superficiels sous la forme de pustules à base rouge un peu indurée, centrées par un poil, et qui se recouvrent de croûtes jaunâtres, brunâtres, ou sanguinolentes. Entre les nodosités, les téguments ont fort rarement l'air d'être indemnes; ils sont criblés des pustules que nous venons de signaler ; l'épiderme y est en desquamation, ou macéré, ou en hyperacanthose. L'ensemble rappelle la surface d'un eczéma chronique infecté de pyodermites.

Les poils ont tout d'abord les gaines de leur racine épaissies, semblables à de la gelée transparente. Au bout d'un certain temps ils perdent leur adhérence et tombent ; dans la majorité des cas, cette chute n'est que temporaire et le poil repousse. Cependant, quand le processus inflammatoire a été assez intense pour modifier ou pour détruire la papille pileuse ; il peut y avoir soit déformation du poil qui est frisottant, noirâtre, irrégulier, soit alopécie définitive.

D'après ce qui précède on voit que le derme doit subir des modifications considérables, consécutives au violent processus d'inflammation auquel il est soumis. Fort souvent, il a une tendance marquée à évoluer vers la sclérose terminale.

Le sycosis peut donc laisser après lui des cicatrices dans quelques cas. Sa marche est irrégulière, extensive, chronique, sujette à des exacerbations. Il dure parfois des années. Dans les formes communes dont nous parlons en ce moment il est d'ordinaire symétrique.

Complications des folliculites. — Nous avons déjà signalé, chemin faisant, les principales complications des folliculites qui sont les *adénopathies,* les *abcès*

aigus et chroniques, la *destruction des follicules*, les *cicatrices plus ou moins chéloïdiennes;* parfois le corps papillaire subit un processus de prolifération tel que les téguments prennent un aspect velvétique : le sycosis se complique rarement de *furoncles vrais* et d'*anthrax*.

Chez les sujets prédisposés à l'eczéma vrai, cette affection peut se surajouter aux folliculites : mais c'est peu fréquent.

Il est beaucoup moins rare de voir des folliculites suppurées se développer comme complication chez un sujet atteint d'eczéma vrai du cuir chevelu, de la barbe, des moustaches ou du pubis. Ce sont d'ordinaire les formes superficielles et non les formes sycosiques que l'on observe dans ces cas.

Mais les dermatoses que les folliculites ont le plus de tendance à compliquer, ce sont incontestablement les pityriasis simplex et les pityriasis stéatoïdes ou eczémas séborrhéiques circinés des régions pilaires.

Certes les folliculites superficielles et profondes peuvent se développer d'emblée sur des régions velues primitivement saines, mais il est à notre avis beaucoup plus fréquent de les voir se surajouter à des pityriasis préexistants.

Variétés cliniques des sycosis vulgaires. — Dès 1890, nous avons distingué trois grands types cliniques de sycosis vulgaire.

1° Dans le premier, les folliculites siègent aux parties latérales des joues : elles débutent au niveau de la région du maxillaire, de là, dans les formes extensives, elles gagnent plus ou moins rapidement la région sus-hyoïdienne et le menton : *c'est le type bilatéral*.

Quand les folliculites prennent franchement l'aspect sycosique, elles siègent de préférence vers les parties latérales du menton; leurs maxima s'observent d'ordinaire vers le trou mentonnier.

2° Dans le second, les folliculites siègent à la lèvre supérieure et aux paupières qui sont affectées de blépharite chronique (pityriasis simplex et folliculites suppurées) avec destruction des cils : c'est le *type médian*. La physionomie du malade est tout à fait caractéristique dans cette forme.

Nous y rattachons par conséquent ce que l'on a appelé l'*impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure*, affection des plus rebelles, essentiellement récidivante, dans laquelle les paupières sont souvent épargnées, et qui est caractérisée par des éruptions incessantes de folliculites superficielles, survenant par poussées presque toujours subintrantes à la lèvre supérieure. Peu à peu les tissus finissent par s'enflammer chroniquement, par s'infiltrer, et, dans certains cas, il survient au niveau de la partie sous-nasale de la lèvre supérieure une véritable hyperplasie du derme constituant comme une sorte de tumeur d'aspect éléphantiasique.

Le début se fait presque toujours au-dessous d'une des narines, et l'affection peut rester un certain temps unilatérale; peu à peu, dans la majorité des cas, elle devient bilatérale symétrique : elle reste presque toujours cantonnée au tiers ou à la moitié médiane de la lèvre supérieure, il est rare qu'elle l'envahisse en totalité.

Elle est le plus souvent consécutive à un coryza rebelle dans lequel l'analyse bactériologique (Veillon, Perrin) a permis de déceler le staphylocoque doré; ses récidives et ses poussées aiguës sont habituellement (pas toujours cependant) consécutives à des récidives de ce même coryza.

On observe d'ordinaire en même temps des folliculites chroniques des narines, lesquelles peuvent d'ailleurs exister seules; ces folliculites narinaires récidivent

souvent d'une manière incessante après des périodes de calme plus ou moins longues; parfois leur poussées sont subintrantes. Elles finissent par être une cause d'obsession pour le malade, d'autant plus que chez certains d'entre eux elles se compliquent de temps en temps de véritables furoncles des plus douloureux.

3° Dans le troisième type ou *type mixte,* toute la barbe, y compris la moustache, est envahie avec ou sans blépharite concomitante.

C'. Folliculites atrophiantes ou destructives du follicule pileux. — Sous cette dénomination nous avons groupé dans nos travaux antérieurs toute une série de formes morbides assez rares.

Si nous prenions ce nom à la lettre, il est certain que nombre de dermatoses devraient rentrer dans ce groupe. Les sycosis vulgaires par exemple finissent, quand ils persistent fort longtemps, par être un peu dépilants : la variole, la syphilis, etc., peuvent être des maladies dépilantes.

Nous croyons devoir désigner sous ce nom des processus plus essentiellement destructeurs des follicules pileux, et objectivement caractérisés :

1° Par un processus inflammatoire folliculaire et périfolliculaire;

2° Par une destruction complète de la papille pileuse donnant lieu à une alopécie définitive ;

3° Par la formation ultérieure d'un tissu ayant plus ou moins l'apparence d'un tissu de cicatrice;

4° Par une certaine tendance qu'ont les lésions à s'agminer et à se grouper.

Ces faits sont vraiment dignes du nom de *folliculites décalvantes*. *Les alopécies cicatricielles innominées* d'E. Besnier rentrent dans ce groupe. Il comprend les affections suivantes :

a'') *La kératose pilaire*. — Dans la kératose pilaire [1] il se produit lentement autour des follicules pileux des modifications des tissus telles que les éléments nobles sont frappés de mort. Il est possible que des microbes y jouent un rôle pathogène; mais cette hypothèse attend encore un commencement de démonstration : c'est un processus dépilant par excellence, puisqu'il aboutit pour ainsi dire toujours à la destruction totale de la papille pileuse qui est remplacée par une cicatricule blanche atrophique. Mais en réalité nous ne pouvons considérer ce processus comme une folliculite proprement dite puisqu'il n'y a pas suppuration.

b'') Les folliculites atrophiantes du follicule pileux s'observent dans certains cas d'eczéma séborrhéique : ces formes morbides ont souvent de grands traits de ressemblance avec le sycosis lupoïde (voir plus loin) : nous serions presque tentés de les identifier avec lui. Hallopeau a décrit ces faits avec soin; il a démontré que les affections diverses que nous avions autrefois groupées sous le nom de séborrhéides eczématisées peuvent se compliquer de folliculites suppurées remarquables par leurs incessantes récidives. Leurs sièges de prédilection sont la barbe, le pubis, la face interne des cuisses; on les observe aussi au cuir chevelu, aux aisselles, au tronc et aux membres.

Elles paraissent dues à l'invasion des follicules pilo-sébacés par des staphylocoques dorés; elles amènent le plus souvent la chute des poils intéressés, et il peut en résulter un état presque complètement glabre des parties atteintes : cepen-

[1] Nous ne décrirons pas ici la kératose pilaire. Nous ne sommes pas en effet convaincus de la nature microbienne de cette affection. Elle nous paraît être bien plutôt une maladie d'évolution en relation avec les idiosyncrasies des sujets. (Voir la description de la kératose pilaire dans les *Réactions cutanées*, section des troubles de la nutrition normale des tissus).

dant ces alopécies peuvent ne pas être définitives, mais elles persistent fort longtemps, parfois même toujours, avec production de tissu cicatriciel sous l'influence des récidives incessantes des folliculites.

C'est ainsi que nous avons observé des femmes ayant des séborrhéides eczématisées de la tête, qui portaient à la partie antérieure frontale du cuir chevelu une bande alopécique en diadème de 2 à 4 centimètres de large, avec folliculites et cicatrices punctiformes; des hommes atteints de séborrhéides eczématisées de la tête, du tronc et des plis, qui avaient des bandes alopéciques avec cicatrices centrales et pustulettes périfolliculaires aux joues, vers le front et les tempes, au pubis, etc.

Il peut y avoir dans des cas analogues des influences multiples qui agissent pour produire la dépilation : nous avons observé sur un cuir chevelu de l'alopécie séborrhéique vraie, avec complication de séborrhéides eczématisées et de folliculites cicatricielles dépilantes.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel de ces cas; l'existence des folliculites pendant leur période d'activité les fait reconnaître immédiatement. A la période de calme et d'atrophie, les localisations spéciales que nous venons de décrire et les commémoratifs permettront de remonter à la cause première.

c'') On pourrait peut-être classifier ici l'affection que nous avons décrite en 1885-1888 sous le nom de *pseudo-pelade* : mais nous n'en connaissons pas encore l'agent infectieux pathogène, en admettant qu'il existe; aussi, provisoirement du moins, rangeons-nous cette forme morbide dans les troubles de la nutrition normale des tissus.

d'') *Sycosis lupoïde*. — Le *sycosis lupoïde* que nous avons décrit pour la première fois en 1888, correspond probablement à l'*acné lupoïde* des Américains, à l'*ulérythème sycosiforme* d'Unna, et sûrement à la *dermite sicosiforme atrofizzante* de Ducrey et Stanziale. En voici le schème clinique.

Symptômes du sycosis lupoïde. — Les lésions primitives ont l'aspect de grosses pustules périfolliculaires qui s'agminent; le derme sur lequel elles reposent est rouge et épaissi, et même parfois profondément infiltré : il se recouvre souvent de croûtes et de squames.

En un mot, la maladie ressemble surtout au sycosis non trichophytique arrivé à un degré d'inflammation et d'infiltration du derme très accentué. Elle en diffère par sa tendance constante à une extension centrifuge régulière et à une atrophie totale du système pilo-sébacé. Tous les poils des parties atteintes sont en effet radicalement détruits. Il persiste après l'évolution du processus une cicatrice centrale plus ou moins dure et épaisse, parfois chéloïdienne : elle peut être lisse et unie; le plus souvent elle présente à sa surface de petits tractus fibreux plus ou moins saillants et irréguliers. A mesure que la dermatose s'étale, le centre se dégage, n'offre plus de pustules, se dépouille de croûtes et de squames, et présente l'aspect si spécial que nous venons de lui décrire, tandis que tout autour de lui se trouve une couronne de tissu rouge, épaissi, enflammé, criblé de folliculites, couvert de croûtes et de squames, zone d'activité de l'affection. La maladie gagne ainsi constamment dans les régions velues laissant après elle un derme privé de tous ses

[1] L. Brocq. Notes pour servir à l'histoire de la kératose pilaire. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1890, p. 25, 97 et 222 ; *Remarques sur les alopécies de la kératose pilaire*. Congrès de Vienne, 1892. — E. Besnier et A. Doyon, De la xérodermie pilaire : *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, t. II, p. 69 (Leçons de Kaposi).

éléments glandulaires et pileux, c'est-à-dire une alopécie définitive. Les foyers ne sont pas multiples et disséminés çà et là; le plus souvent, il n'y en a qu'un ou deux, rarement davantage, mais ils peuvent atteindre les plus grandes dimensions si l'on n'institue pas un traitement des plus énergiques. Leur siège de prédilection est la barbe, et surtout les parties latérales des joues : mais nous les avons observés aussi aux régions sus-hyoïdienne, labiale supérieure, mentonnière, temporale.

Fig. 185. — Sycosis lupoïde de la barbe (joue gauche).

Certains auteurs étrangers ont peut-être dénommé cette affection avant nous *acné lupoïde;* mais nous avons mieux aimé lui donner le nom de *sycosis lupoïde,* nom qui nous paraît avoir l'avantage de rappeler les deux affections dont elle se rapproche le plus au point de vue symptomatique.

Traitement du sycosis lupoïde. — Le traitement qui convient le mieux à cette variété est sans contredit la radiothérapie. De une à trois séances bien faites suffisentpour faire tomber provisoirement tous les poils des régions atteintes, pour faire disparaître les folliculites et les autres symptômes.

Quand on ne peut employer ce procédé, nous conseillons des lavages quotidiens des parties malades avec une solution de sublimé au cinq centième ou au millième si le malade peut les supporter, ou bien des lotions d'alcool boriqué, puis nous faisons faire des applications d'emplâtre de Vigo; si les tissus sont trop enflammés, nous substituons à cet emplâtre l'emplâtre rouge d'E. Vidal qui est moins irritant.

Enfin, nous pratiquons, quand nous en voyons la nécessité, des cautérisations ignées, soit avec la pointe fine, soit avec la grille du galvanocautère, et des scarifications linéaires quadrillées assez profondes pour atteindre les limites du mal. Ces scarifications faites tous les huit jours assouplissent d'ordinaire beaucoup le tissu de cicatrice consécutif quand il est par trop induré et par trop irrégulier (voir, pour plus de détails, l'article *Lupus*). — Parfois les pulvérisations faites avec des eaux sulfureuses, des applications de barégine et de pommades soufrées, réussissent fort bien.

e") *Folliculites dépilantes des parties glabres.* — Il est probable que les faits publiés par Arnozan et Dubreuilh en 1892 et 1894, sous le nom de *folliculites dépilantes des parties glabres,* se rapprochent du type précédent. Les lésions siégeaient aux membres inférieurs. Nous devons noter cependant les réserves faites à cette assimilation par Dubreuilh au point de vue anatomo-pathologique.

f") *Acné décalvante.* — Notre troisième groupe de folliculites et périfolliculites destructives du follicule pileux (1888) correspondait à l'*acné décalvante* de Lailler, à la maladie de Quinquaud (folliculite épilante ou décalvante), à la plupart des alopécies innominées d'E. Besnier. Il est beaucoup moins net que la pseudo-pelade et que le sycosis lupoïde et réclame de nouvelles recherches.

Symptômes de l'acné décalvante. — Dans le type décrit par Quinquaud, les lésions folliculaires revêtent divers aspects : le plus souvent, ce sont des points purulents,

des sortes d'abcès miliaires, du volume d'une tête d'épingle ou même moins volumineux, punctiformes, du centre desquels émerge un poil qui s'arrache avec facilité. Le poil est détruit très vite et tombe bientôt spontanément : il ne repousse pas, car le processus inflammatoire produit l'atrophie définitive du follicule pileux et de ses annexes. Aux points atteints, lorsque la maladie a évolué, le cuir chevelu est lisse, d'un blanc mat, comme atrophié, aminci et déprimé ; il a parfois un aspect cicatriciel, et rappelle un peu les cicatrices laissées par le favus. Les plaques alopéciques sont irrégulières, de grandeurs variables, mais elles n'atteignent pas le plus souvent des dimensions comparables à celles des plaques de pelade : elles sont disséminées çà et là dans le cuir chevelu ; cependant les lésions ont une réelle

Fig. 186. — Acné décalvante de Lailler Melchior Robert.
Il existe deux pustules péripilaires sur la photographie à gauche : sans cette particularité l'aspect est celu de la pseudo-pelade.

tendance à se grouper en foyers principaux et secondaires. Chaque petit élément pustuleux reste distinct et ne forme pas par confluence avec les éléments voisins une masse rouge, indurée, confuse, comme dans les sycosis. Quinquaud a trouvé dans les pustules un microcoque avec lequel il a déterminé des lésions des follicules avec chute des poils.

L'*acné décalvante* de Lailler et Robert est cliniquement identique à cette affection : seulement ces auteurs font remarquer qu'après une première période où l'alopécie est consécutive à des pustules acnéiformes, l'alopécie peut continuer à se produire sans qu'il y ait de pustules acnéiques appréciables. Ce serait là une légère différence avec le type de Quinquaud et un trait d'union avec notre pseudo-pelade.

En réalité il existe entre la pseudo-pelade et ces acnés décalvantes toute une série insensible de faits de passage au point de vue clinique. Pour la discussion de ces types morbides nous renvoyons à notre travail qui a paru dans les *Annales de Dermatologie* en 1905. Qu'il nous suffise de dire que nous avons été conduits à nous demander si les acnés décalvantes vraies ne sont pas simplement des pseudo-pelades compliquées parfois de quelques folliculites.

Traitement de l'acné décalvante. — D'après Quinquaud, le traitement consiste : 1° à nettoyer avec soin le cuir chevelu en le lavant avec de l'eau savonneuse ; 2° à badigeonner tous les dix jours les régions malades et les régions avoisinantes avec de la teinture d'iode ; 3° à lotionner tous les matins les plaques avec une solution de 0gr15 de biiodure d'hydrargyre et de 1 gramme de bichlorure d'hydrargyre dans 60 grammes d'alcool à 60° et 500 grammes d'eau distillée.

Nous renvoyons pour d'autres détails à l'article pseudo-pelade.

Étiologie, pathogénie des folliculites orificielles suppurées. — Comme nous l'avons déjà dit, la cause première des folliculites orificielles suppurées est l'infection staphylococcique, mais les causes occasionnelles qui peuvent faciliter cette infection sont extrêmement complexes.

Certaines régions, comme la lèvre supérieure, constituent une sorte de point faible de l'organisme grâce aux macérations, aux traumatismes incessants, au contact de liquides irritants et aux inoculations accidentelles auxquels elles sont soumises.

Certaines races semblent y être plus prédisposées que d'autres.

Cette prédisposition doit également tenir à certains états généraux et à certaines viciations de l'organisme : citons par exemple le diabète, la goutte larvée, les troubles gastro-intestinaux, les excès et les vices de l'alimentation, etc....

Nous avons vu plus haut que des parasites, poux, acares, etc., et que de nombreux traumatismes tégumentaires, éraflures, grattages, contact de substances irritantes professionnelles ou médicamenteuses, etc., en produisant des effractions et des macérations épidermiques, facilitent singulièrement l'évolution de toutes les pyodermites et par suite des folliculites suppurées.

Diagnostic des folliculites suppurées. — Après les descriptions qui précèdent il nous paraît inutile de nous étendre sur le diagnostic différentiel des folliculites suppurées. Cependant il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations sur la délimitation de ce groupe.

Nous ne saurions trop répéter que le mot Folliculite ne doit pas être considéré comme synonyme de staphylococcie cutanée.

Il y a des suppurations épidermiques primitives d'origine non folliculaire : *c'est l'ecthyma vrai* (voir ce mot); elles n'ont malheureusement pas encore été analysées avec assez de précision.

D'autre part, toute suppuration péri-folliculaire et intra-folliculaire ne doit pas forcément rentrer dans le groupe que nous venons d'étudier, et qui ne comprend que des lésions suppurées PRIMITIVES du follicule pilo-sébacé.

C'est pour cette raison que nous ne saurions faire de l'acné pustuleuse une folliculite : c'est une acné véritable *compliquée* ultérieurement de suppuration folliculaire.

Il en est de même pour l'acné atrophique ou ulcéreuse (voir le chapitre *Acné*).

L'*acné décalvante* diffère de la *pseudo-pelade* par l'existence au niveau de la zone d'extension des plaques alopéciques de quelques pustules visibles, çà et là disséminées. Dès qu'il y a suppuration folliculaire visible à l'œil nu, nous entrons dans le type morbide dit acné décalvante : mais cette proposition montre bien tout ce qu'il y a d'artificiel dans cette distinction clinique ; comme nous l'avons dit plus haut, ces deux types sont éminemment connexes.

L'acné décalvante diffère du *sycosis lupoïde* en ce que ses pustules périfollicu-

laires ne sont nullement agminées, en ce que les plaques alopéciques sont fort irrégulières de formes et de contours.

Elle diffère du *lupus érythémateux, du favus*, par l'existence de ces mêmes folliculites visibles. Nous n'insisterons pas plus longuement sur ce diagnostic qui est vraiment facile.

Le sycosis lupoïde typique peut être confondu surtout avec le *lupus vulgaire*, avec le *lupus érythémateux* et avec des *lésions syphilitiques tertiaires :* il nous paraît inutile de le différencier des autres variétés de folliculites après les détails dans lesquels nous sommes entrés.

1° Le sycosis lupoïde diffère du *lupus vulgaire* par sa tendance beaucoup plus grande à former en son centre du tissu cicatriciel au niveau duquel on ne voit aucun nodule lupique transparent, par la turgescence et l'inflammation considérable des bordures au niveau desquelles existent de nombreuses pustules, par sa limitation exclusive aux régions velues. Cependant plusieurs dermatologistes français ont porté en présence de cas typiques de cette maladie le diagnostic de lupus acnéïque.

2° Il diffère du *lupus érythémateux fixe* par l'existence de pustules au niveau des zones périphériques d'extension et par sa limitation exclusive aux régions velues.

3° Il diffère des *syphilides tertiaires* par les mêmes caractères, par l'absence de circinations en arcades mauresques ; mais le diagnostic précis est parfois fort difficile à poser, car il y a des cas mixtes, et le sycosis lupoïde qui se développe chez un ancien spécifique se complique parfois d'infiltrats syphilitiques : le clinicien doit toujours songer à cette possibilité.

Il y a une dizaine d'années, la question du diagnostic des folliculites se compliquait encore davantage par la description des *Périfolliculites suppurées et conglomérées en placards* de Leloir et Duclaux d'une part, de Quinquaud et Pallier d'autre part.

Mais les recherches de ces auteurs tendant à créer des entités morbides nouvelles reconnaissant pour cause des microbes spéciaux n'ont pas été confirmées. Il est probable qu'ils ont observé des trichophyties cutanées, des tuberculoses verruqueuses, des staphylococcies agminées à forme un peu spéciale.

Enfin il convient, en présence d'une éruption de folliculites, de rechercher s'il s'agit d'une affection primitive, d'une affection secondaire à une dermatose préexistante, eczéma vrai, pityriasis, intertrigo, impétigo, éruption artificielle, parasitisme quelconque, etc.

Traitement des folliculites suppurées. — Voici ce que l'on peut conseiller d'une manière générale comme traitement des folliculites suppurées. Il est probable que la médication interne n'est que de peu d'utilité, étant donnée l'origine microbienne de ces affections. Cependant il est prudent de surveiller l'hygiène du malade, de supprimer toute cause d'irritation cutanée directe ou indirecte, de régler le régime et l'alimentation, de défendre tout particulièrement l'usage des fromages. On soignera l'état général d'après les règles qui sont indiquées aux articles *Eczema* et *Acné*. Comme remèdes internes on a beaucoup vanté l'arsenic, le sulfure de calcium et le sulfure de lithium ; ces deux derniers produits à la dose de 1 à 2 centigrammes par jour. Dans le même ordre d'idées, les eaux de la Bourboule, de Bagnères-de-Luchon, de Barèges, de Cauterets, de Saint-Honoré-les-Bains, d'Uriage, peuvent rendre des services, à l'intérieur et en pulvérisations.

Comme *traitement local,* il faut tout d'abord dans les cas où l'inflammation est par trop intense faire usage de topiques émollients. On commence par enlever tous les corps étrangers, croûtes, pus, squames, etc..., qui recouvrent les parties malades.

Pour cela on coupe les poils ras avec des ciseaux, puis on fait des pulvérisations avec de l'eau tiède simple ou mieux boriquée. Si c'est impossible, on fait des lotions prolongées, des applications de tarlatane pliée en plusieurs doubles, imbibée d'eau boriquée et recouverte de taffetas gommé, etc...

Si les croûtes sont trop épaisses et adhérentes, on les ramollit avec de l'huile d'olive ou d'amande douce pure ou légèrement phéniquée, puis on lave à l'eau tiède avec du savon au naphtol, à l'acide salicylique ou à l'acide borique.

Quand les parties malades sont complètement nettoyées, si elles sont trop enflammées, on peut encore continuer les applications calmantes : on enveloppe avec de la tarlatane pliée en huit ou douze doubles, imbibée d'eau de camomille additionnée d'un peu d'amidon (une cuillerée par demi-litre) et d'acide borique (une cuillerée à café par demi-litre), on la recouvre d'ouate hydrophile, puis de taffetas gommé ; ou bien on applique soit des cataplasmes de fécule de pomme de terre, soit le caoutchouc, soit une pâte à l'oxyde de zinc boriquée ou non, par exemple : acide borique porphyrisé 1 gramme, oxyde de zinc 10 grammes, vaseline pure 20 grammes.

Quelques dermatologistes conseillent de ne se servir ni d'applications humides, ni de pommades, et d'employer seulement des poudres, amidon, talc, sous-nitrate de bismuth et oxyde de zinc, etc..., afin de ne pas favoriser les auto-inoculations et l'extension de la maladie.

Beaucoup d'auteurs recommandent de raser la barbe ; d'autres trouvent que le rasoir est irritant, provoque des inoculations, et ils croient meilleur de couper les poils avec des ciseaux courbes aussi près que possible de la peau. C'est la pratique que nous préférons.

Une autre question des plus importantes est celle de l'*épilation*.

Il est des dermatologistes qui pensent que l'épilation est une pratique funeste dans tous les cas de sycosis, car elle augmente l'inflammation des parties malades et favorise la pénétration des parasites dans les tissus. D'autres la préconisent au contraire dans presque tous les cas. Nous pensons qu'il ne peut y avoir à cet égard de règle absolue (voir plus loin les excellents effets de l'épilation par les rayons X).

En présence d'un cas non traité de sycosis, on doit d'abord essayer de s'en tenir aux pratiques suivantes : 1° comme nous venons de le dire, nettoyer les parties atteintes ; 2° couper les poils avec des ciseaux, aussi ras que possible ; 3° vider les pustules, les petits abcès, les laver avec des liquides antiseptiques (eau d'Alibour du Codex coupée suivant la tolérance des tissus de 10 fois à 3 fois son volume d'eau bouillie, eau oxygénée à 12 volumes, neutralisée, coupée du volume d'eau bouillie convenable, eau-de-vie camphrée, alcool sursaturé d'acide borique, liqueur de van Swieten, etc...), pour empêcher les auto-inoculations ; 4° au besoin faire des pulvérisations de quinze à vingt minutes une ou deux fois par jour avec de l'eau bouillie, ou de l'eau boriquée, ou de l'eau résorcinée au 1/1 000 ou au 1/500 ; 5° appliquer les divers topiques que nous allons mentionner.

Si la guérison se fait attendre, nous pensons qu'il peut être bon d'ôter les poils qui centrent les pustules et les nodosités, car ils sont parfois autant de corps étrangers qui entretiennent le travail inflammatoire.

Enfin si elle n'a aucune tendance à guérir par les moyens ordinaires, on est

autorisé à essayer les épilations méthodiques pratiquées sur toute la surface malade et à sa périphérie, et combinées avec le traitement chirurgical. *Dans ces cas, toutes les fois que c'est possible, il faut avoir recours à la radiothérapie.*

Topiques actifs. — Quand la réaction inflammatoire est un peu apaisée, il est souvent nécessaire de recourir à des agents parasiticides ou substitutifs énergiques.

Citons au premier rang les mercuriaux et les sulfureux qui donnent d'excellents résultats.

Mercuriaux. — On fait matin et soir une lotion avec de la liqueur de van Swieten pure ou coupée de moitié eau, puis on applique une des pommades suivantes : pâte à l'oxyde de zinc additionnée d'un 1/30 ou d'un 1/40 de calomel; pommade au calomel au 1/20 ou au 1/30 pure ou additionnée d'un 1/20 de tannin; pommade au turbith minéral au 1/30 ou au 1/40; pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre au 1/20 ou au 1/30; pommade à l'oléate de mercure au 1/10 ou au 1/20; etc...

Nous employons fréquemment la formule suivante : calomel 1 gramme, oxyde de zinc 2 grammes, cérat sans eau 20 grammes. Elle nous a donné des succès en la combinant avec des lotions à l'alcool boriqué, et en la faisant alterner, quand elle irrite trop les parties malades, avec la pommade à l'oxyde de zinc boriquée ou non, et avec la pommade au styrax.

Dans quelques cas rares on peut avoir recours aux emplâtres que nous n'aimons guère en principe, car ils provoquent souvent des poussées de folliculites. Dans les formes torpides, l'emplâtre de Vigo agit bien : quand il cause trop d'inflammation, on le remplace par l'emplâtre rouge d'E. Vidal (minium 2gr,50, cinabre 1gr,50, diachylon 26 grammes).

Sulfureux. — Les pulvérisations avec les eaux minérales sulfureuses donnent parfois des résultats surprenants. Comme topiques on peut employer la formule suivante : acide salicylique 0,25 grammes, soufre précipité, oxyde de zinc ââ 3 grammes, lanoline 5 grammes, vaseline pure 10 grammes. Mais on peut aussi avoir recours aux pommades soufrées fortes de l'acné (voir ce mot).

Après avoir nettoyé les parties malades, Hans Hébra les enduit avec le mélange suivant : savon, 94 grammes; résorcine, 2 grammes; acide salicylique, 2 grammes; soufre sublimé, 2 grammes.

Il laisse ce mélange en contact avec les téguments et recouvre de taffetas gommé. Dans les cas bénins, il se contente de laver plusieurs fois par jour les points malades avec cette préparation. Voici la formule de son savon :

Soude 22,5, potasse 11,5, huile d'amande douce 8, axonge 58. Mettre l'axonge et l'huile dans une capsule, chauffer; quand l'axonge est fondue, ajouter peu à peu la soude et la potasse en agitant continuellement; entretenir la chaleur et l'agitation jusqu'à saponification et jusqu'à consistance de pâte molle; laisser solidifier dans un moule en faïence. Cette méthode nous a donné d'assez bons résultats; mais parfois elle cause de vives inflammations.

Autres topiques. — Parmi les autres topiques qui agissent parfois avec efficacité, citons les applications d'huile de foie de morue en nature ou sous forme d'emplâtres, l'onguent styrax mélangé à deux parties d'huile d'amande douce, le baume de Duret (voir *Généralités*), le savon noir en frictions ou en emplâtres, les lavages au savon sulfureux iodé de Zeissl, l'ichtyol, la résorcine, les acides pyrogallique, salicylique, tannique, la chrysarobine, le naphtol, le goudron, la potasse

caustique, enfin et surtout les préparations iodées, vaseline ou glycérine iodée et même teinture d'iode : cette dernière substance est excellente pour faire avorter les pustules.

Dans les cas rebelles, on aura recours au traitement chirurgical, au curettage des pustules et des abcès, rarement au raclage, plus souvent à la scarification ; on emploiera alors soit les scarifications ponctuées pratiquées en enfonçant perpendiculairement une pointe d'instrument dans la peau, soit les scarifications linéaires quadrillées (voir article *Lupus*) faites à la profondeur voulue, sans cependant diviser trop complètement le derme pour ne pas causer de cicatrices. Dans l'intervalle des scarifications, on applique une pommade à l'oxyde de zinc boriqué ou de l'emplâtre rouge s'il est toléré.

Dans certains cas enfin, il est bon de cautériser chaque pustule ou chaque nodosité inflammatoire avec une pointe de galvanocautère.

Quand on emploie un traitement énergique, s'il se produit une irritation trop forte, il faut le suspendre, appliquer des topiques peu irritants jusqu'à ce que l'inflammation soit dissipée, revenir ensuite à une méthode substitutive mieux appropriée, et ainsi de suite.

Quelle que soit la médication que l'on adopte, il faut continuer le traitement avec la plus grande persévérance, tout en le variant suivant les circonstances, jusqu'à ce que la guérison complète soit obtenue, et encore dans ce cas est-il nécessaire de surveiller de fort près le malade lorsqu'il laisse repousser la barbe, car les récidives sont des plus fréquentes.

Radiothérapie. — D'après tout ce qui précède, on voit combien la thérapeutique des folliculites récidivantes et des sycosis était pénible, difficile, souvent décevante : la découverte des rayons X est heureusement venue rendre un peu moins sombre le pronostic de ces affections.

Schiff et Freund furent les premiers à appliquer la radiothérapie au traitement du sycosis. Depuis lors ce procédé a été fort souvent utilisé par de nombreux auteurs. Notre expérience personnelle nous a permis de reconnaître qu'il donne d'ordinaire de très bons résultats immédiats grâce à la chute des poils qu'il provoque et que l'on doit chercher à obtenir.

On doit se défier des radiodermites ; dans quelques cas malheureux, au menton en particulier, nous avons observé après l'application des rayons X des inflammations cutanées assez tenaces et pas de chute des poils : le résultat de la radiothérapie fut déplorable ; mais c'est exceptionnel.

D'ordinaire, quelque temps après la séance, les poils tombent, les folliculites disparaissent, l'inflammation cutanée se calme et tout rentre dans l'ordre. Il se produit parfois des récidives lorsque les poils repoussent : il faut alors intervenir de nouveau par la radiothérapie.

La variété de folliculites alopéciantes à laquelle nous avons donné le nom de sycosis lupoïde nous a paru tout particulièrement justiciable de ce procédé (voir plus haut).

Conduite a suivre dans un cas de folliculites. — Pour nous résumer, voici ce que nous conseillons de faire en présence d'un cas de folliculite vulgaire :

1° Nettoyer la surface malade ;

2° Couper avec des ciseaux tous les poils aussi ras que possible ;

3° Trois fois par jour faire des pulvérisations ou des lavages antiseptiques avec de l'eau boriquée ou de l'eau de feuilles de noyer boriquée ;

4° Vider complètement les pustules et les abcès dermiques ; au besoin les volatiliser avec une fine pointe d'électrocautère ;

5° Passer après chaque pulvérisation sur toutes les parties malades de l'ouate hydrophile imprégnée d'alcool boriqué ou d'eau d'Alibour étendue d'eau bouillie, ou d'une solution de nitrate d'argent au 1/25, ou d'une solution de bleu de méthylène au 1/25, préparations que nous ne saurions trop recommander dans toutes les affections acnéiformes, furonculeuses et anthracoïdes ;

6° Appliquer ensuite des cataplasmes boriqués ou un topique antiseptique approprié à l'état d'irritation des téguments, renfermant soit de l'acide borique, soit de l'ichtyol, soit de la résorcine, soit du soufre, soit du mercure : on peut d'ailleurs combiner plusieurs de ces agents : c'est ainsi que nous nous sommes parfois bien trouvé d'appliquer : le premier jour, de l'onguent styrax coupé de deux parties d'huile ; le deuxième jour, une pommade au précipité jaune au 1/20, ou au calomel ; le troisième jour, une pommade à l'oxyde de zinc au 1/10, boriquée, camphrée ou non, et ainsi de suite ; ou encore le soir pour la nuit une pommade soufrée assez énergique : camphre 0,50 centigrammes, résorcine 0,60 centigrammes, soufre précipité 2 grammes, craie préparée 4 grammes, lanoline 5 grammes, vaseline pure 10 grammes, et le jour une pommade boriquée ;

7° Enfin dans les cas rebelles recourir à la radiothérapie.

C. — *Furoncle.*

Le *furoncle* est décrit dans les ouvrages de pathologie générale : l'*anthrax* est tout à fait du ressort de la chirurgie. Aussi renvoyons-nous pour la description détaillée de ces deux affections aux ouvrages classiques. Nous dirons toutefois quelques mots du furoncle et de son traitement, car il arrive assez fréquemment que le dermatologiste soit consulté à ce sujet. D'ailleurs les méthodes thérapeutiques que nous allons recommander pour le furoncle peuvent être appliquées à l'anthrax.

Symptômes. — Le furoncle débute sous la forme d'une petite induration d'un rouge vif, à sommet acuminé, assez douloureuse dès les premiers moments de son apparition. Elle est souvent, mais non toujours, centrée par un poil. En trois à six jours, cette induration se développe, devient une véritable petite tumeur dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une grosse cerise et plus : la pointe blanchit, l'épiderme se ride à son niveau, et finit par s'ouvrir en donnant issue à une petite quantité de pus. A travers cette ouverture, on aperçoit dans l'intérieur des téguments une masse d'un jaune grisâtre constituée par du tissu mortifié ; c'est le bourbillon qui s'élimine du huitième au douzième jour en laissant une sorte de cavité centrale, laquelle se comble bientôt à mesure que la tuméfaction et la rougeur disparaissent. Le furoncle peut avorter, et dans ce cas l'induration des téguments finit par se dissiper peu à peu sans qu'il y ait de suppuration. Elle peut persister fort longtemps. La douleur causée par le furoncle est parfois très intense ; elle est fréquemment une cause d'impotence fonctionnelle de la région sur laquelle il s'est développé.

Le furoncle peut être unique et isolé ; dans beaucoup de cas, il s'auto-inocule dans le voisinage, et l'on voit s'en produire toute une série. Parfois les furoncles sont multiples d'emblée, disséminés çà et là sur le corps, et ils évoluent par poussées successives pendant des mois entiers sans tendance apparente à la guérison

(*affection furonculeuse*). Souvent alors l'état général est mauvais (*débilitation, albuminurie, diabète sucré* ou *azoturique, polyurie simple*, etc.)...

Il est fréquent de voir survenir des poussées de furoncles à la fin d'un état général grave, et surtout à la fin d'une dermatose, d'un eczéma en particulier. Ils paraissent constituer une sorte de crise.

Mais ils peuvent aussi, en dehors de tout état morbide facilement appréciable, évoluer par poussées successives subintrantes ou séparées par des phases de repos de durée variable. Ils affectent dans ce cas soit une région quelconque du corps, soit une région de prédilection, cou, nuque, paupières (orgeolets), fesses, etc..., ils peuvent changer de localisations suivant les poussées.

Fig. 187. — Furonculose du dos.

On voit sur la photographie un gros furoncle en activité vers l'épaule gauche, de petits furoncles et des cicatrices de furoncles anciens disséminés çà et là.

Ils constituent alors véritablement l'*affection furonculeuse*, laquelle nous paraît être une des manifestations de l'auto-intoxication de l'organisme.

Il arrive que des goutteux avérés voient leurs accès de goutte remplacés par des poussées de furonculose ou mieux par un anthrax qui se reproduit pendant quelque temps d'une manière régulière tous les trois-quatre mois, tous les ans.

Nous renvoyons aux ouvrages spéciaux pour l'étude des complications multiples du furoncle, gangrènes (*furoncles gangréneux*), phlegmons et abcès (*furoncles phlegmoneux*), phlébites, infection purulente (*furoncles des lèvres, de la face*, etc..., etc...), et pour l'étude de ses localisations diverses, lèvres, paupières, oreilles, etc.

Anatomie pathologique. Nature. — Le furoncle résulte de l'infection par le staphylocoque doré de la partie moyenne et profonde d'un follicule pilo-sébacé. Mais la caractéristique de cette lésion est la formation d'un noyau de sphacèle comprenant la paroi folliculaire et le derme voisin : c'est ce qui constitue le bourbillon, lequel est par suite constitué par une escarre dermique infiltrée de leucocytes entourant le follicule et la glande sébacée.

On a décrit des furoncles de la paume de la main prenant naissance autour des glandes sudoripares, des furoncles du conduit auditif prenant naissance autour des glandes cérumineuses, des furoncles de la vulve prenant naissance autour des glandes de la muqueuse vulvaire.

Étiologie. Pathogénie. — Le fait majeur qui domine l'étiologie du furoncle est celui qui a été affirmé par Pasteur en 1880 : cette lésion reconnaît *toujours* pour agent pathogène primordial le staphylococcus pyogenes aureus. L'inoculabilité du furoncle de région à région chez un même malade est fréquente : on l'observe communément autour d'un foyer primitif : elle est possible, quoique

difficile à réaliser expérimentalement, du sujet malade au sujet sain. Nous croyons avoir souvent observé la contagion du furoncle dans les familles.

Il semble exister de véritables épidémies de furoncles et d'anthrax : nous connaissons des médecins prédisposés aux furoncles qui ne peuvent pas soigner de malades ayant cette affection sans en être atteints.

A. Wettstein (*Beiträge z. Klin. Chir.* XLIX) a constaté que les furoncles et les anthrax sont plus fréquents à la période de transition entre l'hiver et le printemps

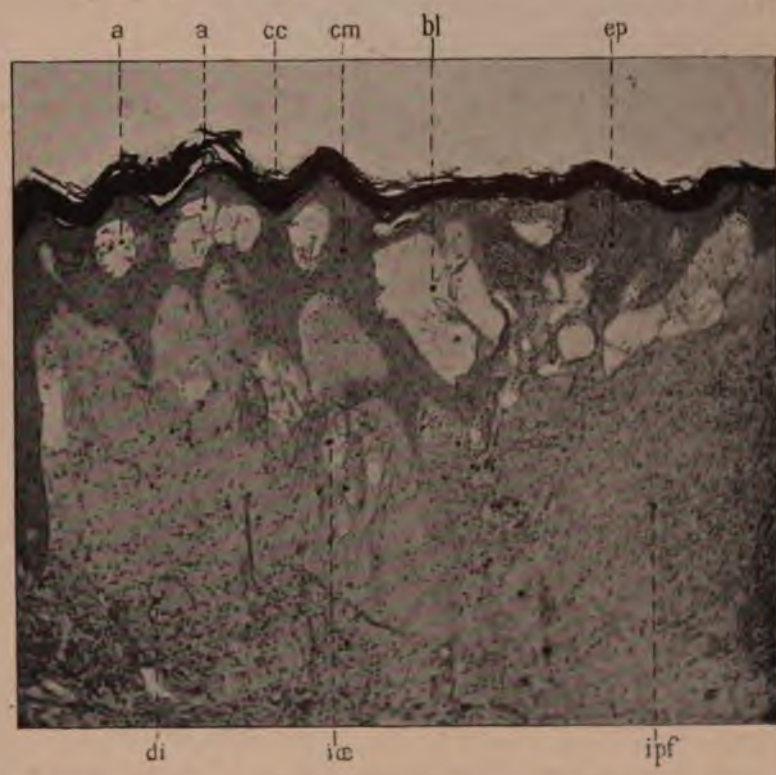


Fig. 188. — Phlyctène purulente recouvrant un furoncle vrai (pseudo-ecthyma à staphylocoques).

cc, couche cornée. — *cm*, corps muqueux. — *a*, petit abcès logé dans l'épaisseur du corps muqueux. — *bl*, cavité répondant aux bords du grand lac purulent. — *ep*, épiderme décollé, et repoussé par les leucocytes, constituant le toit de la phlyctène. — *di*, inflammation du derme. — *iœ*, infiltration œdémateuse de ce dernier. — *ipf*, exsudat inflammatoire, fibrineux, etc., agglutiné sur les parois latérales de la cavité phlycténulaire.

et au cœur de l'été. Il semble d'après lui que leurs maxima de production soient en relation avec les conditions atmosphériques.

Le développement du furoncle est singulièrement facilité par les contacts irritants extérieurs, par les applications de substances nuisibles, médicamenteuses, professionnelles, etc..., par les pressions, par les frottements, par l'équitation (furoncles des fesses et de la partie interne des cuisses des cavaliers), par les affections parasitaires, poux, gale, etc...

D'après ce que nous avons dit dans la symptomatologie, il faut en outre, pour que le furoncle et l'anthrax se développent, un terrain prédisposé, c'est-à-dire une réceptivité tout à fait particulière de l'individu.

Les diabètes, surtout le diabète sucré, parfois le diabète azoturique, constituent

un des terrains les plus favorables à cette évolution. Mais en dehors du diabète, la furonculose tenace et rebelle peut exister, comme nous l'avons dit plus haut, et elle est presque toujours alors un symptôme d'auto-intoxications variables que l'on a désignées depuis pas mal d'années sous les noms vagues d'arthritisme, d'herpétisme, etc...

Chez des personnes ainsi prédisposées, la moindre cause occasionnelle, le moindre écart de régime, l'usage des fromages salés et fermentés, du gibier faisandé, des poissons pas frais, etc... provoquent le développement du furoncle et de l'anthrax. Mais à toutes ces causes déterminantes il convient d'en ajouter deux autres dont l'importance est véritablement capitale : 1° Le surmenage sous toutes ses formes ; 2° Les chocs subis par le système nerveux, émotions, chagrins de toute nature.

Tout sujet orienté dans le sens furoncle ou anthrax comme réaction morbide, verra ces lésions se développer dans les deux ou trois jours qui suivront une violente secousse nerveuse (voir nos généralités sur les *Réactions cutanées*).

Diagnostic. — Le diagnostic du furoncle semble s'imposer. Rien en effet n'est plus banal que cette lésion.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel entre le *furoncle et l'anthrax,* car il y a toute sorte de faits de passage entre ces deux affections, entre les petits anthrax sans gravité qui ne sont qu'une sorte d'agglomération de deux ou de plusieurs furoncles tangents, et les anthrax phlegmoneux malins qui sont des maladies de la plus haute gravité.

Souvent on confond *folliculite* et *furoncle.* La *folliculite suppurée* est une simple suppuration superficielle ou superficielle et moyenne du follicule sans nécrose, c'est-à-dire sans bourbillon : et c'est le bourbillon qui est la caractéristique du furoncle, d'où l'intensité de l'inflammation périphérique, la durée, la violence des phénomènes douloureux dans ce dernier.

Les *hidradénites* ou *hidrosadénites* de l'aisselle diffèrent des véritables furoncles par leur aspect arrondi, en noisette, par leur suppuration abondante, par l'absence de bourbillon.

Les *abcès* compliquent souvent les furoncles et les anthrax : c'est une particularité qu'il convient de connaître en pratique, car on est souvent forcé d'intervenir après la terminaison du véritable furoncle pour ouvrir une collection purulente sous-jacente ou faire cicatriser une fistule interminable. La fluctuation de l'abcès, sa mollesse, sont des caractères distinctifs suffisants.

La *pustule maligne* diffère du furoncle par son aspect : cependant il y a des cas où les vésicules caractéristiques de la pustule maligne ont été détruites par les frottements ; ou bien dans lesquels il s'est produit des inoculations purulentes sous-épidermiques en couronne autour du furoncle. Le diagnostic objectif est alors pour ainsi dire impossible. Il faut immédiatement, sans perdre un instant, avoir recours à l'examen bactériologique. Si l'on ne peut le pratiquer, on doit agir comme si c'était une pustule maligne.

I. **Traitement.** — *Traitement général.* — Il résulte de ce qui précède qu'en présence d'un sujet atteint d'un furoncle isolé, il n'y a qu'à le traiter localement, qu'en présence d'un sujet atteint de furonculose rebelle, il faut instituer une médication générale appropriée.

Inutile de dire que si le furonculeux est diabétique, albuminurique, on traitera

l'affection dont il est atteint. S'il ne présente aucune maladie bien définie, voici ce que nous conseillons [1].

Hygiène générale. — Le furonculeux devra faire le plus possible d'exercice au grand air. S'il ne peut en faire suffisamment, il devra adapter son alimentation à son genre de vie, et, autant que faire se peut, ne prendre comme quantité de nourriture que ce qui lui est strictement nécessaire, et comme qualité d'aliments que ceux qui renferment le moins de toxines : on interdira la charcuterie, les salaisons, les fromages, les poissons et les coquilles de mer, le gibier faisandé, les aliments d'épargne, l'alcool, les liqueurs, le café, etc... Il est de notion presque vulgaire que le régime végétarien guérit la furonculose. Il faut s'en souvenir dans les cas rebelles.

En outre le malade doit aller tous les jours régulièrement à la garde-robe.

Il faut qu'il vide complètement son gros intestin tous les jours : s'il ne peut y arriver normalement ou avec l'aide de suppositoires ou de légers laxatifs, tels que la crème de tartre, l'huile de ricin, etc... il doit faire le matin un grand lavage de l'intestin avec un litre ou un litre et demi d'eau bouillie.

En outre le furonculeux doit, dans la mesure du possible, choisir un mode d'existence simple et modeste, se garder du surmenage, des grandes émotions, des grosses responsabilités. Le séjour à la campagne avec exercice au grand air guérit souvent les furonculoses rebelles.

Médication interne proprement dite. — Depuis plusieurs années on a préconisé la levure de bière contre la furonculose. C'est un bon médicament à certains égards, mais il est utile d'en poser nettement les indications.

La levure de bière, pour être vraiment active et inoffensive, doit être fraîche, du jour même, car au bout de 12 heures, surtout en été, elle s'est totalement modifiée : en outre sa valeur thérapeutique varie considérablement suivant sa provenance. Certaines fabriques de bière en fournissent qui ont une puissance thérapeutique réelle, tandis que la puissance thérapeutique de certaines autres est à peu près nulle. Quand on prescrit la levure de bière, il faut donc non seulement l'employer fraîche, mais encore savoir d'où elle vient.

La dose moyenne de levure fraîche est de trois grandes cuillerées à soupe par jour pour l'adulte : nous la donnons d'ordinaire à la dose d'une cuillerée à soupe par repas dans de l'eau ou de la bière. Quand elle est très fraîche, elle est presque toujours bien supportée par l'estomac. Parfois elle donne une légère diarrhée.

Même avec de bonnes levures on n'est pas sûr d'arrêter l'évolution d'une furonculose et d'empêcher de nouveaux furoncles de se produire. La bonne levure administrée à doses suffisantes empêche un furoncle ou un anthrax de prendre un grand développement ; elle les immobilise en quelque sorte, les rend peu ou point douloureux, et leur fait faire leur évolution réduits à l'état de lésion de peu d'importance et peu gênante. Voilà ce que l'on est en droit de demander à la bonne levure, voilà ce qu'elle donnera presque toujours, 8 ou 9 fois sur 10, si elle est bonne et bien administrée [2], et c'est déjà un résultat considérable. Il ne faut donc donner la levure aux furonculeux que lorsqu'ils souffrent d'une manière notable, ou lorsqu'un furoncle semble vouloir prendre un certain développement. En dehors de ces indications, la levure peut fort bien ne rendre aucun service. Ajoutons

[1] Voir pour plus de détails notre clinique : le traitement d'un furonculeux (*Archives de thérapeutique*, 1er avril 1903).

[2] Il ne faut pas donner la levure en même temps que du lait.

cependant que son efficacité semble être parfois plus grande, et que nous avons vu son administration coïncider avec la suppression totale de crises de furonculose.

Il en est à peu près de même des sulfureux dont ne nous connaissons pas encore très bien le mode d'action. On a préconisé le soufre sublimé et lavé qui a d'ailleurs l'avantage de constituer un léger laxatif : mais ce sont surtout les sulfureux qui sont efficaces dans la furonculose, et en particulier le monosulfure de sodium que l'on administre à des doses quotidiennes variant de 2 à 6 centigrammes, seul ou associé au sirop de goudron. Gingeot conseillait aussi l'hyposulfite de soude : hyposulfite de soude 36 grammes ; eau distillée 300 grammes (à prendre par cuillerées à café trois fois par jour dans un verre d'eau sucrée), ou bien la poudre sulfureuse de Pouillet à la dose de deux à huit mesures par jour dans une moitié ou un quart de lait ou d'eau pure. Le sulfure de calcium est très utilisé en Amérique : on l'y administre à la dose de 6 à 12 milligrammes trois fois par jour.

Nous employons assez souvent le sulfure de lithium aux doses quotidiennes de 1 à 4 centigrammes : cette substance nous a paru réussir chez les goutteux larvés.

Chez les goutteux avérés la médication antigoutteuse énergique (voir *Généralités*) par le colchique seul ou associé à la quinine et à la digitale nous a donné de bons résultats.

En dehors des remèdes précédents, on a recommandé contre la furonculose les arsenicaux sous toutes les formes possibles (voir *Traitement du psoriasis* pour les formules), les hypophosphites et les glycérophosphates chez les débilités, le salol, le naphtol, les iodures (?), etc...

Traitement local. — On doit essayer au début de faire avorter le furoncle en le cautérisant à son centre avec la pointe fine de l'électrocautère ou mieux du thermocautère portée au rouge blanc. On se contente ensuite de panser la plaie avec un emplâtre occlusif.

Auparavant il faut couper ras tous les poils de la région et les bien laver à l'alcool et à l'éther.

Marcus a conseillé de faire agir profondément au centre de la petite tumeur l'aiguille électrolytique négative (de deux à six milliampères pendant deux ou trois minutes, ce qui produit une destruction notable.)

Une autre bonne méthode abortive consiste à badigeonner le furoncle à plusieurs reprises avec de la teinture d'iode fraîche, ou bien avec un mélange à parties égales de teinture d'iode, de teinture d'arnica et d'alcool camphré, ou avec un mélange à parties égales de teinture d'iode fraîche, d'hydrate de chloral et d'acide phénique neigeux (le manier avec précaution, car il est caustique, et en déposer à peine un soupçon sur les téguments).

Gallois recommande d'employer pour les badigeons iodés une solution de 4 grammes d'iode métalloïdique dans 10 grammes d'acétone. Cette préparation est réellement fort efficace.

Les badigeons iodés font avorter un assez grand nombre de furoncles au début, par contre ils semblent en exaspérer d'autres, les faire devenir plus volumineux, et faciliter même leur transformation en anthrax.

E. Vidal faisait recouvrir le furoncle dès son début de tampons d'ouate hydrophile imbibés d'alcool camphré, ou d'alcool absolu saturé d'acide borique.

H. Vörner touche le furoncle au début, à son centre, avec de l'acide phénique pur, rendu liquide par l'addition d'un peu d'eau ou mieux d'alcool. Quand la

lésion est plus avancée, il se sert d'une aiguille qu'il enfonce dans les pores cutanés après l'avoir chargée d'acide phénique.

Il est bon pour prévenir le développement de nouveaux furoncles de savonner tous les jours tous les téguments du malade avec de l'eau longuement bouillie et du bon savon. Puis on fait des lotions avec de l'eau-de-vie camphrée, et, si la peau le supporte, avec de l'alcool camphré. Les bains sulfureux donnent parfois de bons résultats.

Lorsque le furoncle est déclaré, voici les indications thérapeutiques qui se posent : Désinfecter la peau; occlure les foyers morbides ; protéger les régions périphériques pour éviter les auto-inoculations. On fait de deux à six pulvérisations par jour avec une solution phéniquée au 1/100, ou avec une solution résorcinée au 1/500, ou avec de l'eau boriquée additionnée par tasse d'une cuillerée à soupe de liqueur de Van Swieten. Mais il faut, chez les arthritiques, se défier de la sensibilité des téguments : il est trop fréquent de les voir mal supporter les antiseptiques qui provoquent tout de suite chez eux des éruptions artificielles. On doit alors n'employer pour les pulvérisations que de l'eau bouillie, et pour les pansements ne jamais avoir recours ni aux emplâtres du commerce, ni aux préparations contenant du salol, de l'iodoforme, de l'orthoforme, du sublimé, de l'acide phénique, de la résorcine, etc...

Il est bon d'ailleurs, quand on fait les pulvérisations, de protéger les téguments tout autour du clou, dans une fort large zone, avec une couche épaisse de pâte adhérente, par exemple avec une pâte composée de parties égales d'oxyde de zinc, de vaseline pure et de lanoline.

Cette protection des zones cutanées périphériques, que notre maître E. Vidal nous a appris à pratiquer il y a vingt-trois ans avec du cérat sans eau frais à l'oxyde de zinc, doit être également employée quand on utilise les cataplasmes comme topiques.

Après la pulvérisation on panse avec de la tarlatane aseptique sans apprêt pliée en 12 ou 15 épaisseurs, imbibée du liquide avec lequel on fait la pulvérisation, recouverte d'une épaisse couche d'ouate hydrophile et de taffetas chiffon.

Si les douleurs sont violentes et la réaction inflammatoire considérable, on panse avec des cataplasmes de fécule de pomme de terre faits dans des récipients propres avec de l'eau bouillie et de la gaze aseptique, ou avec des ouataplasmes antiseptiques.

Quand les douleurs sont trop intenses, et ne sont calmées ni par la levure de bière à l'intérieur, ni par les pulvérisations et les cataplasmes à l'extérieur, on peut débrider soit avec le bistouri, soit, ce qui est préférable, avec le thermocautère.

Lorsque l'élimination du bourbillon est faite, on panse la plaie avec des rondelles d'emplâtre occlusif stérilisé, et en particulier avec l'emplâtre rouge d'E. Vidal au minium et au cinabre. S'il est irritant pour les téguments, on le remplace par l'emplâtre à l'ichtyol au 1/10, et même par le simple emplâtre à l'oxyde de zinc pur, ou ichtyolé, ou boriqué (voir *Généralités* pour la manière de se servir des emplâtres).

Il est inutile d'ajouter que tout ce qui précède ne s'applique qu'au furoncle et à l'anthrax de petites dimensions, non compliqué. Dès qu'un anthrax prend une marche extensive rapide, revêt un caractère malin phlegmoneux ou gangréneux, il faut intervenir chirurgicalement. Nous devons ajouter que nous avons vu réussir dans ces cas la méthode de Déclat qui consiste à injecter en plusieurs points

de l'anthrax quelques gouttes d'une solution glycérinée forte d'acide phénique.

Nous renvoyons aux ouvrages spéciaux pour le traitement des furoncles des paupières pour lesquels on a surtout préconisé les bains locaux prolongés (de vingt à trente minutes) trois fois par jour de solution de cyanure ou de bichlorure d'hydrargyre au dix-millième dans de l'eau stérilisée, et pour le traitement des furoncles du conduit auditif, pour lesquels on a préconisé les instillations d'alcool absolu sursaturé d'acide borique (Loewenberg), ou des applications de naphtol camphré, ou mieux encore, surtout lorsqu'il y a plusieurs furoncles dans le conduit, une sorte de cataplasme antiseptique fait avec une longue mèche de coton hydrophile que l'on introduit avec une pince fine dans le conduit, et que l'on arrose toutes les deux heures avec un mélange à parties égales de liqueur de van Swieten et de glycérine : on recouvre avec un coton mouillé qui remplit la conque et qui empêche la dessiccation de la mèche : on change la mèche toutes les vingt-quatre heures, et on lave alors l'oreille avec de la liqueur de Van Swieten, puis avec de l'alcool camphré ou boriqué. On doit toutefois se défier des éruptions artificielles quand on emploie ces topiques.

On sait que dans ces derniers temps on a préconisé l'extirpation totale de l'anthrax (voir l'article de Robert Loewy, *Bulletin médical*, 31 mai 1905.)

Modèle de prescription pour une furonculose. — 1° Se mettre au régime végétarien pur si on le peut; en tous cas s'abstenir totalement de café, thé, chocolat, liqueurs, alcools, vin, charcuterie, poissons, coquilles de mer, crustacés, gibier, pâtés, fromages, aliments trop épicés.

2° Prendre à chaque repas un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude . . . . . } àà 30 centigrammes.
Soufre sublimé et lavé. . . . . }
Pour un cachet.

En cas de furoncle volumineux, ou d'anthrax au début, ces cachets seront remplacés par une grande cuillerée à soupe de levure de bière fraîche au début de chaque repas.

3° Si c'est le moindrement utile, faire tous les matins, couché, un grand lavage de l'intestin avec un litre ou un litre et demi d'eau bouillie.

4° Exercice quotidien au grand air, aussi prolongé que possible, sans surmenage.

5° Tous les jours savonnage de tout le corps : se servir pour cela d'eau qui aura longuement bouilli avec une cuillerée à soupe de biborate de soude par litre, et de bon savon blanc de Marseille.

6° Immédiatement après faire une friction générale avec de l'ouate hydrophile aseptique imbibée d'eau-de-vie camphrée, et, si les téguments le supportent, d'alcool camphré;

7° Changer de linge tous les jours;

8° Les furoncles qui ne seront ni volumineux, ni douloureux, et surtout ceux dont le bourbillon se sera éliminé, seront pansés avec des rondelles d'emplâtre rouge d'E. Vidal, fin et frais, que l'on renouvellera au moins une fois par vingt-quatre heures.

Quand on enlèvera l'emplâtre, on nettoiera d'abord la peau avec de l'éther, puis avec de l'eau bouillie chaude; on lotionnera avec de l'alcool camphré, et on appliquera immédiatement une rondelle d'emplâtre.

9° Sur les furoncles volumineux et douloureux on fera trois ou quatre fois par jour une pulvérisation de quinze à vingt minutes de durée avec de l'eau bouillie.

On appliquera sur une large zone de téguments tout autour du furoncle, mais pas sur lui, une couche de la pâte protectrice suivante :

℞	Oxyde de zinc	àà 10 grammes.
	Lanoline pure	
	Vaseline pure de 1re marque	15 —

et on pansera avec des cataplasmes de fécule de pomme de terre aseptiques dont les bords porteront sur la zone protégée par la pommade.

10° Dès que ces furoncles ne seront plus douloureux et que leur bourbillon aura été évacué, ils seront pansés comme les précédents.

D. — *Botryomycose.*

On a donné le nom de *botryomycose* à une affection caractérisée par de petites tumeurs pédiculées de la peau : on a cru pendant un certain temps qu'elle était causée par un parasite spécial, le botryocoque; aujourd'hui on tend à penser que ce fameux botryocoque n'est autre chose que le staphylocoque doré (voir les articles de Bodin et la thèse de Legroux, 1904).

Pendant longtemps on n'a connu cette affection que chez les animaux : elle constituait ce qu'en médecine vétérinaire on appelait le *champignon de castration* ou la *funiculite*. C'est en 1897 que Faber et ben Siethoff ont publié le premier cas de botryomycose humaine, et que Poncet et Dor ont identifié les tumeurs pédiculées qui siègent chez l'homme au niveau des doigts au champignon de castration du cheval. Ils pensaient que c'était une maladie spécifique due au développement d'un parasite bien déterminé, le botryocoque.

Dès 1899 Sabrazès et Laubie identifient le botryocoque au staphylocoque doré; Jaboulay conclut nettement qu'il est impossible de différencier le botryomycome d'un simple bourgeon charnu. Bodin le démontre d'une manière péremptoire en 1902, etc...

Étiologie. — La botryomycose est toujours consécutive à un traumatisme, ou à une effraction quelconque de l'épiderme : il s'ensuit que les mains sont la région du corps de beaucoup le plus souvent intéressée; ce sont les doigts, en particulier leur face interne, qui sont le siège d'élection de ces tumeurs; puis viennent les pieds, chez les personnes qui marchent nu-pieds, les lèvres, etc...

La malpropreté joue un rôle important dans la genèse de l'affection. Ce sont toujours des personnes sales, pauvres, vivant avec des animaux qui sont atteintes. Les irritations locales de toute nature en favorisent le développement.

Assez souvent le botryomycome se greffe sur un abcès, sur un panaris, etc...

Malgré quelques faits en apparence positifs, on peut dire que la maladie n'est ni inoculable, ni auto-inoculable.

Symptômes. — Le botryomycome est une tumeur pédiculée du volume d'une framboise, plus rarement d'une noisette; on l'a vu atteindre jusqu'à cinq centimètres de diamètre; mais c'est fort rare.

Il a la forme générale d'un champignon mûriforme à pied court et assez grêle. La tête est une masse arrondie ou un peu aplatie de haut en bas, granuleuse, fine-

ment mamelonnée, d'un rouge plus ou moins vif, qui saigne assez facilement. D'ordinaire cette tête repose sur le derme dont elle est séparée par un sillon au fond duquel en écartant la petite tumeur on aperçoit le pédicule : dans toute l'étendue de son contact avec le botryomycome la peau est rouge, macérée, et est le siège d'un suintement séreux plus ou moins abondant.

Fig. 189. — Botryomycose du médius droit.

La tumeur a une consistance assez ferme, comme élastique ; elle est quelquefois très légèrement réductible en raison de sa richesse vasculaire (Le Berre, thèse de Paris, 1904).

Elle se développe d'ordinaire assez lentement : elle met quelques semaines ou quelques mois à atteindre le volume d'un pois ou d'une cerise ; parfois cependant en quelques jours elle prend son aspect typique.

Elle peut être recouverte d'une croûte jaunâtre ou jaune brunâtre par hémorragies; quand on l'enlève brusquement, on fait saigner la tumeur sous-jacente. Elle est indolente.

Au point de vue *anatomie pathologique* la botryomycose semble n'être qu'un bourgeon charnu, très organisé, riche en cellules embryonnaires, en tissu fibreux et très vasculaire.

Diagnostic. — On a voulu rapprocher la botryomycose *du pian*. Elle en diffère à tous les points de vue : en effet elle n'est ni contagieuse, ni auto-inoculable; elle ne se généralise pas; elle ne s'accompagne pas de phénomènes généraux; elle peut s'observer sur les muqueuses, et n'est pas prurigineuse : tous caractères inverses de ceux du pian.

Traitement. — Le procédé de choix consiste à exciser complètement le point d'implantation de la tumeur et à suturer. Chez les sujets pusillanimes on peut se contenter de couper aux ciseaux le pédicule aussi ras que possible; mais dans ce cas il y a parfois des récidives.

C'. — MOROCOCCIE CUTANÉE

Nous donnons provisoirement le nom de *morococcie cutanée* aux dermatoses qui, d'après certains auteurs, reconnaîtraient pour agent pathogène le *morocoque de Unna*, c'est-à-dire le *staphylococcus cutis communis* ou *coccus polymorphe à cultures grises* de Sabouraud et Cedercreutz.

L'importance du morocoque en pathologie cutanée a subi beaucoup de vicissitudes. Dans ses premières recherches sur l'eczéma séborrhéique, Unna l'a considéré comme étant le microbe de l'eczéma; depuis il en a décrit plusieurs variétés. De nombreux expérimentateurs ont démontré qu'il était dénué de toute valeur pathogénique dans l'eczéma véritable. Sabouraud dans ces derniers temps l'a de nouveau tiré de l'oubli en le considérant comme l'agent microbien le plus important de ses pityriasis stéatoïdes.

Description du microbe. — (Voir pour de plus amples détails les travaux de Cedercreutz et l'ouvrage de Sabouraud sur les pityriasis, 1904, p. 476 et suivantes.)

— Nous en avons donné les principaux caractères au chapitre *Pathologie générale cutanée*. « Ensemencé en stries sur tubes de gélose-peptone pauvre, il forme des colonies d'un gris blanchâtre à bords finement sinueux presque en dents de scie, et souvent, tout le long de ces bords, se trouve un rang de fines colonies, en gouttelettes grises, dont beaucoup se fusionnent avec la colonie mère par les denticulations qui la bordent.

« Ce coccus est extrêmement polymorphe : nous trouvons d'abord des formes rondes variant entre 8/10 de μ et 7 μ; des formes pseudo-bacillaires de 2 à 9 μ de long avec des variantes en forme d'haltères; des formes ovales de 4 à 9 μ, d'un ovale régulier ou étranglées en leur milieu, des formes diverses en gourde, des formes diplococciques avec deux cocci égaux ou deux moitiés inégales en biscuits, en meringues, en double timbre, variant du simple au quadruple.

« Enfin ces éléments se divisent suivant leurs deux diamètres pour donner lieu à une tétrade ; on peut voir la division suivant une direction rester incomplète et le coccus primitif n'avoir donné lieu qu'à trois éléments, deux petits et un gros resté indivis...

« Ce microbe est excessivement fréquent à la surface de la peau humaine, en dehors même de tout pityriasis apparent, même en dehors des régions pilaires, même sur des peaux saines.

« Ce microbe, très fréquent à la surface de toute peau humaine, certainement trouve dans la desquamation de la peau un aliment facile, car ses besoins sont très grossiers; il cultive presque sur toute matière quelconque et sur les milieux usuels de culture.

« Et même, chose certaine, on le trouve pullulant dans les états squameux de la peau qu'il ne détermine certainement pas lui-même : ichthyose hystrix, squames d'eczéma.

« Son innocuité pour l'animal et pour l'homme est extrême.

« Sur l'homme, tout ce qu'on peut créer avec lui, c'est une pustulette minime, promptement abortive, et qui disparait sans laisser de trace.

« Quand on sait tout cela et qu'on examine les lésions, non pas celles où il habite, mais *celles où il pullule*, il est facile de reconnaître que, partout où on le rencontre en multiplication, sa présence s'accompagne soit visiblement (intertrigo), soit invisiblement (pityriasis stéatoïde) du phénomène de l'*exosérose*. Or ce phénomène existe au plus haut degré dans les impétigos qui, tous, ont pour cause des cocci analogues à celui-ci.

« Donc, sans conclure d'une façon absolue, puisque l'on ne peut encore reproduire expérimentalement *tous* les phénomènes dont j'ai parlé... on peut croire et, jusqu'à plus ample informé, *on doit croire* que le coccus à cultures grises... est capable dans certaines conditions, de déterminer sur la peau une sorte d'impétiginisation sourde, dont les caractères impétigoïdes ne sont reconnaissables qu'à l'examen histologique. » (Sabouraud, *loc. cit.*)

D'après ce qui précède on doit comprendre combien l'étude de la morococcie cutanée est encore peu précise. Y a-t-il vraiment des dermatoses dans lesquelles le coccus polymorphe à cultures grises joue un rôle pathogène?

Nous pensons qu'à l'heure actuelle il est impossible d'être absolument affirmatif sur ce point.

D'après Sabouraud il semblerait cependant que, survenant sur des lésions de furfuration épidermique primitivement causées, d'après cet auteur, par la spore de Malassez, il exerce une action réellement pathogène, et qu'il contribue ainsi à pro-

duire les *pityriasis stéatoïdes*, que, s'associant au microbacille de la séborrhée, il contribue à produire *les formes vulgaires de l'acné*, etc...

Nous décrirons donc ici, *mais sous toutes réserves*, l'affection à laquelle nous avons donné le nom de *Dermatose figurée médio-thoracique* (*Pityriasis stéatoïde* de Sabouraud), et nous ferons remarquer que le chapitre suivant, celui des acnés, pourrait, à la rigueur, toujours d'après Sabouraud, être en partie annexé à la morococcie cutanée.

Dermatoses figurées médio-thoraciques. (Séborrhéïdes circinées et figurées[1].)

Nous avons désigné sous le nom de *séborrhéïdes circinées et figurées* ou encore sous celui de *dermatoses figurées médio-thoraciques* des éruptions assez fréquentes qui ont été dénommées : *lichen circumscriptus* par Willan et Bateman, *lichen gyratus* par Cazenave et Biett, *lichen annulatus serpiginosus* par E. Wilson, *lichen acnéique* par Weyl, *eczéma acnéique* par Bazin et Lailler, *eczéma flanellaire* par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, *seborrhœa corporis* par Duhring, *circinaria* par Payne, etc. C'est le type même de l'*eczéma séborrhéique* d'Unna, c'est la *séborrhéide eczématisante* d'Audry, le *pityriasis stéatoïde* de Sabouraud.

Ces formes morbides ont pour localisations de prédilection la partie antérieure de la poitrine au niveau du sternum et dans son voisinage, l'espace interscapulaire et le cuir chevelu dont elles peuvent envahir la totalité, mais où elles prédominent au vertex. En somme elles siègent aux lieux d'élection de la séborrhée, sauf la partie médiane de la face : mais, chez les personnes qui ne prennent pas de soins de toilette, on en observe aussi des vestiges en cette dernière région.

On peut en distinguer deux formes principales : la *forme vulgaire*, la *forme péripilaire*.

A. Forme vulgaire.

Thorax. — L'affection débute pour ainsi dire toujours vers la ligne médiane, de là elle s'étend plus ou moins loin, suivant son degré d'intensité, vers les parties latérales. Elle est constituée au début par de tout petits éléments punctiformes, à contours nettement arrêtés, d'un rouge rosé, un peu saillants, recouverts de squames graisseuses, donnant tout à fait l'impression d'une petite papule acnéique avortée. Ils sont déjà prurigineux par intermittences, aussi sont-ils parfois excoriés.

Ces éléments s'agrandissent peu à peu par progression excentrique ; leur centre s'affaisse, prend une coloration d'un rouge jaunâtre, ou franchement jaunâtre, tandis que leur périphérie saillante, d'un rouge rosé, ou même d'un rouge vif, forme un contour nettement arrêté, figurant ou bien un fin liséré rouge, ou bien des incisures, ou bien une bordure hérissée de sortes de saillies minuscules papuleuses ou mieux papulo-squameuses, ce qui explique le nom d'eczéma acnéique que lui avait donné Bazin.

Ces éléments primitifs continuent à grandir et à gagner par leurs bords tout en conservant leurs limites nettes et leur bordure d'extension légèrement saillante et squamo-croûteuse ; ils finissent par acquérir des dimensions variables, parfois étendues ; ils s'affaissent et disparaissent sur un point de leur circonférence pour continuer à progresser par un autre, se réunissent aux éléments voisins, et con-

[1] Voir *Séborrhéides* aux tableaux d'ensemble.

stituent ainsi toute sorte de figures et de dessins irréguliers qui conservent le grand caractère d'être serpigineux et figurés. Le centre de ces plaques à bords festonnés et polycycliques est de niveau avec le reste de la peau ; il ne présente pas d'infiltration notable, et a une coloration d'un rose pâle un peu jaunâtre, plus rarement une teinte normale ou presque normale ; il est fréquent d'y trouver des vestiges de squames et de croûtes séborrhéiques. Les bords sont légèrement saillants, souvent excoriés, parfois un peu épaissis ; parfois il prennent l'aspect des parakératoses psoriasiformes ; ils sont recouverts de squames plus ou moins

Fig. 190. — Dermatose figurée médio-thoracique, forme circinée.

Fig. 191. — Dermatose figurée médio-thoracique (grandeur naturelle).

sèches, plus ou moins séborrhéiques, plus ou moins adhérentes suivant les cas, au-dessous desquelles le derme se laisse assez facilement excorier par le coup d'ongle qui détermine l'apparition d'une « rosée sanglante. » Ce signe a une réelle importance au point de vue du diagnostic.

Ainsi que nous l'avons dit, cette lésion est des plus prurigineuses, mais elle l'est d'ordinaire par intermittences : les malades éprouvent par instants des démangeaisons folles, par instants ils sont complètement tranquilles.

Cuir chevelu. — Quand le thorax est envahi par cette affection, on peut affirmer presque à coup sûr qu'elle existe également au cuir chevelu. Elle y est caractérisée par des squames ou croûtes graisseuses disposées en plaques irrégulières de formes et de contours, presque toujours limitées par des circinations capricieuses plus ou moins apparentes, souvent très effacées et qu'il faut rechercher avec soin pour les distinguer. Elles sont surtout visibles vers le front, vers les limites du cuir chevelu. A leur niveau le derme est rouge rosé, parfois sec, souvent un peu humide, parfois franchement suintant.

Leurs localisations habituelles sont le vertex, les parties latérales du cuir chevelu vers le front et vers les oreilles.

Il existe pour ainsi dire toujours de la séborrhée huileuse (séborrhée grasse de Sabouraud), et une alopécie séborrhéique plus ou moins accentuée.

Complications. — Outre la *séborrhée* dont nous venons de parler, et qui est tellement constante, tellement liée à l'essence même de cette affection qu'on peut presque la considérer comme constituant l'un de ses éléments primordiaux, nous devons signaler la facilité relative avec laquelle la séborréïde circinée se complique de *vésiculation*. Cependant, malgré ce qu'en ont dit les auteurs, nous estimons que cette forme morbide est beaucoup moins *préeczématique* que certaines parakératoses psoriasiformes des plis.

Elle se complique assez fréquemment de *parakératoses psoriasiformes*, et même de *psoriasis*. Au cuir chevelu elle coexiste pour ainsi dire toujours avec du *pityriasis simplex*.

B. Forme péripilaire. — Cette forme, malgré sa fréquence, est encore mal connue, et jusqu'ici elle n'a pas été bien décrite.

D'après les derniers travaux de Sabouraud, elle serait due à l'infection des follicules séborrhéiques par le staphylocoque à cultures grises.

Fig. 192. — Dermatose figurée médio-thoracique ; forme péripilaire banale.

Elle consiste essentiellement en de petits éléments développés autour des follicules pilo-sébacés, d'abord à peine saillants, à peine papuleux, d'un rouge plus ou moins vif : ils sont pour ainsi dire toujours groupés par 3 ou 4 au moins, 15 à 20 au plus, dès le début ; puis leur nombre peut s'accroître par adjonction de nouveaux éléments folliculaires, et les groupes voisins peuvent confluer de façon à constituer des nappes assez vastes à limites irrégulières.

A mesure que l'affection se développe, les éléments deviennent plus franchement papuleux, plus saillants ; leur coloration est plus vive ; ils présentent assez souvent à leur centre une squame plus ou moins sèche, plus ou moins séborrhéique, parfois une croûtelle brunâtre suite d'excoriations.

L'affection est prurigineuse par intermittences.

Elle a les mêmes localisations que la forme vulgaire avec laquelle elle peut d'ailleurs coexister. Mais elle évolue souvent à l'état pur.

Elle se développe plus fréquemment que la forme vulgaire en dehors des lieux d'élection. Elle a même dans quelques cas rares une certaine tendance à se généraliser, et, dans ce cas, on voit des groupes de papules péripilaires survenir sur les

Fig. 193. — Dermatose figurée medio-thoracique; forme péripilaire papuleuse (Séborrhéide péripilaire disséminée) simulant le pityriasis rubra pilaris.

poignets, les avant-bras, les bras, la face dorsale des mains, les cuisses, les jambes, les parties latérales du tronc, etc.

Elle arrive alors à former des plaques qui s'eczématisent avec rapidité, et qui offrent souvent une grande résistance à la médication locale.

Comme elles sont fort prurigineuses elles peuvent aussi se lichénifier. Elles ont beaucoup de traits communs avec l'eczéma folliculorum (*voir ce mot*) de Malcolm Morris [1].

[1] Nous venons de dire comment nous concevons cliniquement les affections auxquelles nous avons donné le nom de séborrhéides circinées et figurées, ou dermatoses figurées médio-thoraciques, il nous faut maintenant exposer en quelques mots les idées de Sabouraud sur ce sujet.

Ces lésions rentrent pour lui dans ses *Pityriasis stéatoïdes* : mais il est probable que ses pityriasis stéatoïdes renferment autre chose que nos séborrhéides circinées et figurées.

Dans les pityriasis stéatoïdes Sabouraud distingue les variétés objectives suivantes aux régions

Marche. Durée. Terminaisons. — La forme vulgaire des séborrhéïdes circinées ou figurées a une évolution éminemment capricieuse : presque toujours elle a de la tendance à persister avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'à ce que l'on institue une médication locale appropriée. Sa durée peut donc être indéfinie. C'est d'ailleurs une affection essentiellement récidivante ; elle semble repulluler d'après le même mécanisme que le pityriasis versicolore.

La forme péripilaire a dans les variétés torpides une évolution à peu près ana-

pileuses : *Formes objectives caractérisées par des squames :* I. *Poudreuses ;* II. *Pelliculaires ;* III. *Furfureuses ;* IV. *Cartonneuses ;* V. *Pâteuses ;* VI. *Boueuses.* Sur le pityriasis à squames pelliculeuses, l'épiderme corné est un peu rugueux et irrégulier : on voit s'y produire des traits de fracture, par clivage, analogues aux fêlures d'un verre épais. Sous le pityriasis à squames furfureuses et cartonneuses, l'épiderme est œdématié, et il exhale une moiteur invisible à l'œil nu. Sous le pityriasis à squames boueuses (lésion qui s'observe fréquemment aux plis naso-géniens qui deviennent rouges et graisseux), l'épiderme n'a plus qu'une couche cornée incomplètement formée laquelle laisse sourdre en des points qui ne sont pas des orifices glandulaires des gouttelettes de liquide, dont les plus grosses n'atteignent pas le quart d'une gouttelette de sueur sortant d'un pore sudoral. Cette moiteur séreuse semble faire partie intégrante de tous les pityriasis dès qu'ils prennent l'aspect graisseux.

Le début de ces lésions se fait, comme pour les pityriasis secs, par une saillie mousse de l'épiderme, saillie qui devient un cône plat et mousse ; puis, au sommet du cône, l'épiderme corné s'infiltre d'air, perd sa transparence, se fissure suivant des rayons : il en résulte des secteurs squameux sur chacun desquels l'épiderme se récline du centre vers la périphérie : dès lors la lésion comprend un centre qui est au stade d'état, et un bord qui est au stade d'extension. Le bord qui est en extension est épais et feuilleté : le centre offre une furfuration mince et diffuse.

Les lésions voisines coalescent de manière à constituer des plaques. Elles s'arrêtent au niveau du bord du cuir chevelu sous la forme de festons, et quelquefois elles dépassent de un demi-centimètre, de un centimètre les limites de ce cuir chevelu.

Leur aspect est variable suivant les sujets ; elles prennent parfois nettement la forme polymicro-circinée, parfois elles offrent des circinations plus grandes. Parfois les festons périphériques qui se voient vers les bordures sont rompus par places, et il n'existe alors sur les limites du cuir chevelu que des segments isolés. C'est ce que l'on a appelé au front la corona seborrhoïca. Il est d'ailleurs possible de voir coexister sur le même cuir chevelu des formes diffuses et des formes figurées.

Sabouraud leur distingue en outre trois variantes symptomatiques principales :

1° Il y a des pityriasis qui *s'échauffent* et qui présentent un flux séreux cliniquement visible à l'œil nu.

2° Il y en a qui coexistent avec d'autres dermatoses.

3° Il y en a qui s'accompagnent de réaction inflammatoire folliculaire légère (pityriasis acnéique, eczéma acnéique).

Ces lésions s'observent au cuir chevelu, mais aussi aux sourcils, à la moustache, plus rarement à la barbe où l'on rencontre principalement du pityriasis sec, et surtout à la poitrine et au milieu du dos (pityriasis médio-thoraciques de Sabouraud). En ce dernier point, ils débutent nettement par de petites lésions périfolliculaires formant la squame-croûte des pityriasis stéatoïdes, puis ils constituent des circinations présentant : *a*) la squame-croûte, *b*) des points folliculaires, *c*) le liséré : la surface cutanée sous-jacente est moite, rosée, à bord interne un peu effacé, sans relief, à bord externe net et accusé.

Chez les enfants âgés de huit à dix ans, ces pityriasis stéatoïdes peuvent former au cuir chevelu des taches d'une couleur brune, terreuse, d'un brun verdâtre, constituées par un magma assez homogène, caséeux, sorte de matière emplastique agglutinant les cheveux couchés. A leur niveau les cheveux tombent avec facilité, et il reste des taches alopéciques au niveau desquelles la peau est comme amincie, un peu rosée : l'alopécie y est incomplète : il y reste quelques poils et du fin duvet. Cette lésion existe sur les tempes et vers le sommet de la tête en avant. L'alopécie se répare avec lenteur et ne disparaît guère qu'au bout de cinq à six mois. Elle constitue environ le tiers des « fausses pelades » de l'enfant.

Ces pityriasis stéatoïdes peuvent aussi chez les enfants se caractériser par des squames cartonneuses, minces, adhérentes, disposées d'une manière diffuse sur le vertex, souvent en bandes antéro-postérieures ; elles peuvent causer l'*alopécie en lanières du vertex.*

Les pityriasis secs et les pityriasis stéatoïdes sont extrêmement fréquents dans l'adolescence : ce sont les pityriasis secs qui s'observent tout d'abord de douze à dix-huit ans : peu à peu les pityriasis stéatoïdes s'installent, soit d'une manière hâtive entre quinze et dix-huit ans, soit d'une manière tardive entre dix-huit et vingt-cinq ans.

La moitié des femmes adultes présentent des pityriasis stéatoïdes causant leurs alopécies pelliculaires. Cette affection peut débuter chez elles vers l'âge de dix ans ; elle se développe surtout

logue : dans les formes aiguës, extensives, elle a, au contraire, une marche assez rapide, et elle se termine d'ordinaire par la guérison au bout d'un laps de temps qui varie de quelques semaines à plusieurs mois :

Anatomie pathologique. — Voici, d'après Audry, quelles sont les lésions histologiques de la séborrhéïde figurée forme vulgaire.

Dans l'hypoderme il n'y a que des lésions fort légères, un peu d'œdème, parfois un infiltrat de leucocytes autour des glandes sudoripares.

de seize à vingt ans, et elle donne alors un aspect graisseux au cuir chevelu. Parfois, chez la femme de vingt ans qui a de l'infection séborrhéique microbacillaire accentuée du visage, il se constitue vers le bord frontal de la chevelure, sur une bande d'un centimètre et demi environ de largeur, un état pelliculaire spécial, mélange de pityriasis stéatoïde et de séborrhée : on y trouve des squames petites, formant des cônes plats de 3 millimètres de diamètre, recouvrant les follicules et entraînant avec elles les cheveux sans résistance. La peau est criblée d'orifices folliculaires distendus par la colonie vermiculaire séborrhéique. Il s'ensuit une alopécie durable, formant une bande large d'un doigt, suivant tout le front en bordure ; il y persiste quelques rares cheveux.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, Sabouraud distingue trois formes principales de pityriasis stéatoïdes : 1° forme à squames cartonneuses feuilletées ; 2° forme à squames croûteuses et pâteuses correspondant à la corona seborrhoïca; 3° pityriasis acnéiques, c'est-à-dire pityriasis s'accompagnant de lésions folliculaires.

1° *Histologie de la squame cartonneuse ou feuilletée du pityriasis stéatoïde.* — La face inférieure de la squame est plane et retenue à la surface de l'épiderme par des lanières de tissu corné : sa face supérieure est rugueuse et criblée de microbes. Le corps de la squame est formé de litières de cellules plus ou moins kératinisées, séparées par d'innombrables alvéoles ovoïdes grandes ou petites, quelquefois énormes, occupées par une matière qui a toutes les réactions du sérum coagulé, et qui est irrégulièrement parsemée de noyaux leucocytaires : on n'y trouve pas de microbes. Ce sont des squames-croûtes qui naissent sur l'épiderme : elles donnent la sensation qu'elles sont grasses, quand elles se trouvent farcies, non pas de gouttelettes de graisse, mais de gouttelettes de sérum coagulé.

2° *Histologie de la corona seborrhoïca et des pityriasis figurés.* — Dans ce type on trouve non pas une exsudation vraie sous la croûte avulsée, mais une moiteur que le raclage de la peau légèrement rosée d'ailleurs met en évidence et exagère. *Histologiquement la lésion de la corona seborrhoïca est vésiculeuse :* Elle est constituée par une sorte de phlyctène plate, dont le plafond surbaissé est fait de couches cornées multiples en exfoliation, et dont la cavité aplatie est remplie de sérum et de noyaux de leucocytes en exocytose : parfois la vésicule est enchâssée dans l'épiderme, et ronde au lieu d'être aplatie.

3° *Histologie des lésions folliculaires des pityriasis.* — Elles sont constituées par de l'hyperkératose : c'est un clou corné qui s'enfonce dans le follicule jusqu'à la hauteur de la glande sébacée. Ce sont surtout les pityriasis figurés qui s'accompagnent d'infection folliculaire.

Bactériologie des pityriasis a squames stéatoïdes. — 1° *Flore de la croûtelle alvéolaire stéatoïde.* — On y trouve des spores de Malassez aussi nombreuses que dans le pityriasis simplex : elles sont disposées par couches dans les failles de la squame-croûte. Mais les cocci (coccus polymorphe à cultures grises) y foisonnent : ils sont plus nombreux que les spores de Malassez, et leur présence semble correspondre à l'exosérose.

2° *Flore de la vésicule histologique des pityriasis figurés stéatoïdes.* — On trouve des spores de Malassez dans les squames sèches hyperkératosiques. Il y a des paquets de cocci au sommet de la vésicule, au ras de son plafond surbaissé. En général ces cocci ne pénètrent point dans la vésicule et n'y pullulent point : la vésicule est stérile.

3° *Flore microbienne du pityriasis folliculaire.* — Le follicule est occupé par un bouchon corné qui a la forme d'un clou à grosse tête : de part et d'autre de sa tête sur une coupe on voit sa jonction avec les lamelles hyperkératosiques du pityriasis de surface. Il n'y a pas de suffusions séreuses. En un point central, il y a un long amas de bacilles-bouteille : il n'y a pas de cocci dans la profondeur. Parfois on trouve des cocci dans l'infundibulum, et alors il y a exosérose et exocytose ; mais ces processus ne se produisent qu'autour de l'orifice folliculaire en couronne ou en demi-couronne, et non dans l'intérieur du follicule, où il n'y a que de l'hyperkératose.

L'infection séborrhéique vraie est plus fréquente dans les pityriasis simplex que dans les pityriasis stéatoïdes : quand elle se produit, on trouve des cocons microbacillaires.

Les pityriasis stéatoïdes s'accompagnent d'alopécie : chez la femme, c'est une alopécie chronique lentement progressive du sommet de la tête, des tempes et de la région rétro-auriculaire. Elle se prononce pendant les trois mois d'été, juillet, août et septembre et au bord de la mer.

Les pityriasis stéatoïdes diffèrent histologiquement et bactériologiquement du psoriasis, affection nettement définie par la présence dans les squames stratifiées d'abcès leucocytaires, microscopiques, amicrobiens. (Sabouraud, *loc. cit.*, 1904, fort résumé.)

Dans la couche papillaire se voit un processus inflammatoire variable d'intensité : il y a des amas de lymphocytes autour des vaisseaux : les papilles sont allongées et étroites ; le tissu élastique a disparu ou est fortement attaqué.

Il existe dans l'épiderme une diapédèse dont l'intensité est en rapport avec le degré d'infiltration de la couche papillaire. On y trouve de nombreuses cellules en karyokinèse. L'acanthose est surtout accentuée au niveau des colonnes interpapillaires ; elle atteint son maximum de développement dans les variétés lichénifiées.

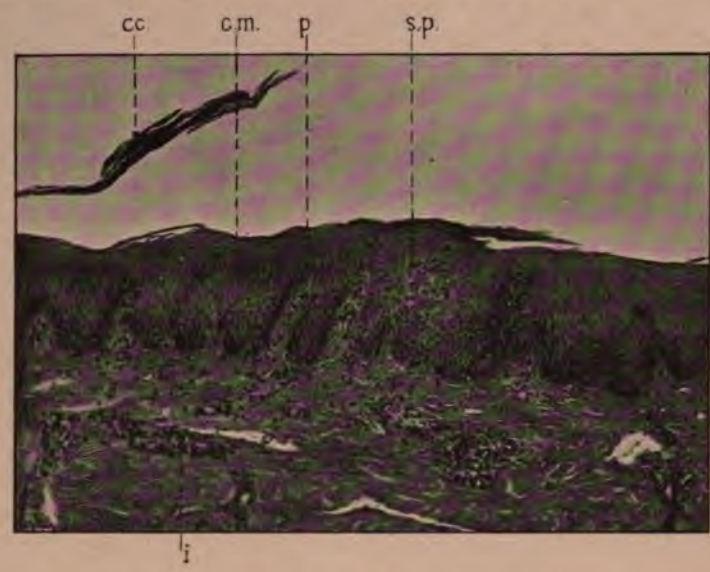


Fig. 194. — Séborrhéïde eczématisante du dos.

cc. couche cornée (parakératosique). — *cm*, corps muqueux (en acanthose). — *p*, papilles (étouffées). — *sp*, tache spongoïde. — *i*, traînée d'infiltration inflammatoire.

Par places on voit dans la couche épineuse un aspect réticulé analogue à l'état spongoïde d'Unna.

Le stratum granulosum est normal ; cependant les couches cornées lui succèdent brusquement.

Dans cette variété d'éruption, on retrouve avec une abondance toute particulière un coccus dont la culture grise prend sur les milieux glycérinés une odeur butyrique nauséabonde marquée. Ce coccus pullule en quantités incroyables dans les lamelles furfuracées. Il s'y rencontre avec la spore de Malassez, c'est-à-dire le flaschenbacillen d'Unna (Sabouraud).

Étiologie. Pathogénie. — Les séborrhéïdes figurées sont des maladies de l'adolescence et de l'âge adulte. Elles ont leur maximum de fréquence entre quinze et quarante-cinq ans.

Elles affectent surtout les hommes, en particulier ceux qui ont la poitrine velue, qui sont assez fortement séborrhéiques, et qui ont une tendance marquée à la calvitie. Leur développement semble être favorisé par le port du gilet de flanelle et surtout par la rareté des savonnages.

La forme péripilaire généralisée s'observe surtout chez les jeunes gens des deux sexes entre dix et trente ans.

Le tempérament dit en France arthritique acquis et héréditaire constitue un bon terrain pour la germination de ces dermatoses.

Tout dans leurs allures, leur symptomatologie, leurs réactions thérapeutiques, fait songer à leur nature microbienne. Unna en Allemagne, Merrill en Amérique, Sabouraud en France, etc., en ont même décrit le ou les microbes; Unna son microcoque associé au flaschenbacillen; Sabouraud son coccus butyricus ou coccus polymorphe à cultures grises qui est probablement le microbe d'Unna; Merrill toute une flore microbienne dont les combinaisons diverses expliqueraient les différentes formes objectives de ces affections (voir plus haut la note dans laquelle nous exposons les idées de Sabouraud).

Diagnostic. — *A*. La forme vulgaire a un aspect tellement pathognomonique sur le thorax que le diagnostic s'impose dans l'immense majorité des cas. Au cuir chevelu, on aura parfois quelque peine à la distinguer des *pityriasis simplex :* dès qu'il existe une vague bordure rosée circonscrivant des plaques, il faut diagnostiquer la séborrhéïde figurée.

Au thorax, quand elle est fort atténuée, elle peut simuler le *pityriasis versicolore* : il suffira dans les cas douteux d'un examen microscopique extemporané des squames pour établir le diagnostic d'une manière irréfutable : et d'ailleurs une erreur dans ce sens ne serait guère préjudiciable au malade, puisque les deux affections sont justiciables de la même médication locale.

Elle diffère du *pityriasis rosé de Gibert* par son aspect, ses bordures plus franchement arrêtées, plus acnéiformes, plus croûtelleuses, par son évolution non cyclique, par l'absence de la plaque primitive, par ses localisations.

Pour son diagnostic avec les *parakératoses psoriasiformes* et par suite avec le *psoriasis*, nous renvoyons à l'article parakératoses psoriasiformes.

B. La forme péripilaire est également facile à reconnaître dans les variétés usuelles qui sont cantonnées aux lieux d'élection. Mais dans les formes extensives, son diagnostic peut présenter d'extrêmes difficultés.

Elle se distingue des *dyskératoses des infundibula pilaires* par son aspect inflammatoire, de la *kératose pilaire* par ses localisations et par sa disposition en groupes, du moins au début.

Le *pityriasis rubra pilaire* est plus franchement corné, il affecte plus aisément les faces dorsales des phalanges et des mains, les poignets; il s'accompagne de rougeur diffuse des paumes des mains et des plantes des pieds avec kératodermie; il est plus sec, plus pityriasique dans ses formes en plaques; il n'a pas de tendance à l'eczématisation.

Les *syphilides lichénoïdes péripilaires* sont encore plus difficiles à distinguer. Elles ont cependant dans leurs groupements de la tendance à s'affaisser au centre; on trouve parfois un gros élément central avec une couronne d'éléments satellites périphériques plus minuscules. Elles sont plus infiltrées que les séborrhéïdes péripilaires; elles ne se compliquent pas d'eczématisation, et elles ne sont pas prurigineuses.

Malheureusement il n'est pas rare d'observer chez certains sujets syphilitiques des éruptions mixtes de syphilides et de séborrhéïdes péripilaires, lesquelles peuvent même s'eczématiser. Il est alors bien malaisé de dépister la syphilis sous-jacente, ce qu'il est cependant nécessaire de faire; car, tant que l'on n'institue pas le traitement antisyphilitique, on ne peut obtenir la guérison. Il faudra dans ce cas relever tous les antécédents du malade, les autres symptômes qu'il présente;

et, quand on peut conclure dans ces faits douteux et rebelles à une syphilis antérieure relativement récente, on doit instituer le traitement antisyphilitique.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des complications des séborrhéïdes figurées : il s'impose dans la majorité des cas. La séborrhée, l'acné, l'eczéma, les lichénifications, les parakératoses psoriasiformes, le psoriasis, quand ils se surajoutent aux lésions que nous venons de décrire, leur impriment un aspect tellement spécial qu'il est aisé de les reconnaître.

Traitement. — Pour le traitement général nous renvoyons aux articles *Séborrhée* et *Parakératoses psoriasiformes*.

Quand le prurit est fort intense, le régime alimentaire de la goutte et de l'eczéma s'impose.

Traitement local. — On peut dire que tous les traitements locaux réussissent dans ces affections. Il suffit pour les faire disparaître de savonner une ou deux fois par jour les régions malades avec de l'eau de son boratée et du savon : on peut employer pour cela du simple savon de Marseille, ou du savon au goudron, ou au naphtol, ou au soufre, ou au sublimé : après chaque lavage il est bon de faire pratiquer une lotion avec de l'eau-de-vie camphrée, ou même avec de l'alcool camphré s'il est supporté par les téguments, ou encore avec de la liqueur de van Swieten, ou avec de l'eau oxygénée pure ou coupée d'eau si elle irrite. On poudre ensuite avec de la poudre de talc, et on interpose un linge en toile fine et usée entre la flanelle et la peau.

Ce traitement hygiénique doit être continué pendant fort longtemps, au moins tous les deux ou trois jours, après disparition apparente totale de l'affection, pour l'empêcher de récidiver.

Si la peau s'irrite sous l'influence de ces savonnages et de ces lotions, on la calme avec une simple pâte à l'oxyde de zinc (oxyde de zinc 10 grammes, vaseline pure 15 grammes), ou bien avec des pommades au calomel ou au soufre mitigées (calomel de 50 centigrammes à 1 gramme, pour oxyde de zinc 8 grammes, vaseline pure 12 grammes), ou (soufre précipité, de 1 à 2 grammes, oxyde de zinc 8 grammes, vaseline pure 12 grammes).

Si la peau ne s'irrite pas, mais si l'affection ne veut pas disparaître, on peut l'attaquer par des badigeons quotidiens de teinture d'iode fraîche étendue de trois à quatre fois son volume d'alcool à 60°, répétés jusqu'à desquamation, ou par les pommades fortes employées dans les parakératoses psoriasiformes, les acnés et les psoriasis (pommades au tannin et au calomel, à l'oxyde jaune d'hydrargyre, au turbith minéral, à l'oxyde jaune et au goudron, au soufre et au savon noir, à l'huile de cade, baume de Duret, etc.). (Voir ces chapitres.)

Voici ce que nous conseillons de faire au cuir chevelu.

Quand c'est possible, faire des applications de teinture d'iode fraîche pure ou diluée d'alcool sur le cuir chevelu entre les cheveux, jusqu'à disparition de l'éruption et jusqu'à desquamation. Sinon faire ce qui suit :

1° Laver soigneusement la tête toutes les fois que c'est utile avec du savon au goudron;

2° Faire une lotion avec une solution de sublimé au 1/500;

3° Appliquer aux points malades de la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre ou au turbith minéral au 1/30 ou au 1/20;

4° Si les préparations mercurielles ne conviennent pas, faire les lavages avec une solution de polysulfure de potassium (polysulfure de potassium liquide de

trente à cent gouttes pour un quart de verre d'eau chaude), puis employer une pommade soufrée, par exemple : résorcine 30 centigrammes, soufre précipité de 2 à 4 grammes, vaseline 20 grammes.

Sabouraud préconise *chez les enfants* au cuir chevelu la pommade suivante :

Huile de cade	ãã 10 grammes.
Lainine	
Vaseline	
Soufre précipité	ãã 1 —
Cinabre	
Résorcine	

« Quand le processus date de longtemps et a comme reconstitué la calotte du nourrisson, avant tout autre traitement on peut appliquer la pommade de décapage suivante :

Sous-carbonate de potasse	2 grammes.
Cérat de Galien	ãã 15 —
Vaseline	

et, quand le décapage est opéré, on agit avec les préparations indiquées plus haut. (Sabouraud, p. 664).

Chez les adolescents et les adultes on peut employer des émulsions d'huile de cade dont voici des types d'après le même auteur.

Huile de bouleau	ãã 3 grammes.
Huile de cade	
Teinture de quillaya	60 —
Alcool à 60°	220 —

ou bien :

Jaune d'œuf	ãã de 2 à 6 grammes.
Huile de cade	
Décoction de Panama	80 grammes.
Alcool à 90°	10 —

(Vigier.)

Mais, toujours d'après Sabouraud (p. 677), il faut traiter, au début tout au moins, les pityriasis à squames jaunes et molles par les pommades. « Plus l'élément squameux sera prédominant, plus le médicament employé devra comprendre d'huile de cade; plus l'apparence grasse sera prononcée, plus il faudra incorporer de soufre au médicament. »

« Voici un exemple de pommade pour un pityriasis légèrement gras et très squameux :

Huile de cade	ãã 10 grammes.
Lainine	
Vaseline	
Cinabre	1 —
Soufre précipité	0,50 centigrammes.

Voici une pommade pour un pityriasis d'apparence très grasse et très peu squameux :

Soufre précipité	3 grammes.
Cinabre	1 —

Huile de cade	ãã 5 grammes.
Lainine	
Vaseline	20 —

« De telles pommades supposent toujours des nettoyages dits à sec, ou des savonnages, le lendemain.

« Les pityriasis gras à déchets boueux sont à traiter presque exclusivement par le soufre. » (Sabouraud.)

B. — L'AGENT PATHOGÈNE EST UN COCCUS ASSOCIÉ A UN BACILLE

LES ACNÉS

D'après ce que nous avons dit aux tableaux d'ensemble, nous devons décrire ici :

I. *L'acné juvénile et ses variétés;*

II. *L'acné couperosique et ses variétés;*

III. *Les acnés monomorphes de Sabouraud.* (Nous conseillons ceux que cette question intéresse d'étudier le remarquable rapport de Touton au congrès de Strasbourg, mai-juin 1898, et les ouvrages récents de Sabouraud.)

I. — ACNÉ JUVÉNILE ET SES VARIÉTÉS

Synonymie. — *Acné polymorphe, acné comédonienne, acné inflammatoire de Bazin et de Hardy, acné disséminée, acne vulgaris, acne simplex, acné boutonneuse*, etc. [1].

Symptômes. — L'acné juvénile peut être exclusivement constituée au point de vue objectif par une séborrhée huileuse plus ou moins intense de la face, surtout marquée au nez, aux sillons naso-géniens, aux parties voisines des joues, au front, et par des *comédons* disséminés çà et là.

Le *comédon* se caractérise extérieurement par une élevure minime, parfois à peine marquée, de la même couleur que les téguments voisins, ou un peu plus blanche, portant à son centre un point noirâtre lequel correspond à l'orifice glan-

[1] D'après Sabouraud on doit désigner sous le nom d'*acné* « les transformations accidentelles, les dégénérescences et les lésions d'infection secondaire du cocon séborrhéique. » (Les maladies séborrhéiques : *séborrhée, acnés, calvitie*, Paris, 1902, p. 49). (Voir article *Séborrhée* pour la description du cocon séborrhéique.)

« Que l'on suppose sur une région séborrhéique de quelque étendue un grand nombre de cocons séborrhéiques ayant subi la transformation qui change le filament séborrhéique en comédon, la peau malade se trouvera criblée de points noirs semblables à des grains de poudre, enchâssés dans son épaisseur (Alibert). C'est l'*acné comédon, acné ponctuée ou punctata*, termes synonymes, La physionomie est déjà très distante de celle de la séborrhée vulgaire, car toujours la transformation du filament séborrhéique en comédon suspend l'évacuation sébacée par le pore que le comédon occupe... L'acné ponctuée est la première phase de l'*acné polymorphe*, et, en effet, toutes les transformations qui vont suivre et qui auront le follicule pilaire pour lieu anatomique auront un comédon dégénéré pour origine... Le comédon qui va être le commencement de l'acné est le reliquat transformé d'un filament séborrhéique. » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 49-50.)

dulaire. D'où le nom d'*acné ponctuée*. La saillie que nous venons de décrire peut même complètement manquer; et dans ce cas le comédon ne se révèle que par la présence d'un point noirâtre, lequel est même dans quelques cas fort difficile à voir. Quand on presse le comédon entre les ongles des pouces, on voit sortir de l'orifice glandulaire une sorte de petite colonne blanche arrondie, filiforme, semblable à du vermicelle minuscule ou à un petit ver blanc à tête noire [1]. Parfois (Ohmann-Dumesnil) le comédon a deux orifices et deux têtes noires distantes l'une de l'autre de un à trois millimètres; entre elles se trouve un petit tunnel intracutané rempli d'un cylindre de matière sébacée. (*Double comédon.*)

Cette petite lésion est fréquente à la figure, au nez et aux joues en particulier, sur le dos et le devant de la poitrine. Dans ces régions elle coïncide le plus souvent avec les autres variétés d'acnés, car la forme comédonienne pure est relativement rare. Elle fait partie constituante de l'acné polymorphe des strumeux. Il

Fig. 195. — Acné vulgaire juvénile : acné comédonienne.

Fig. 196. — Acné polymorphe de la face ; variété indurée et phlegmoneuse.

est possible (quoique insolite) de l'observer sur tout le corps, à l'exception toutefois des mains et des pieds [2].

[1] C'est dans ces orifices pilo-sébacés ainsi dilatés que l'on trouve quelquefois le Demodex folliculorum.

[2] *Comédons de l'enfance.* — On a décrit, il y a plusieurs années à l'étranger (Colcott Fox, Stephen Mackenzie, Radcliffe Crocker, etc...) une variété spéciale de comédons dans lesquels on ne trouve pas de Demodex folliculorum, qui se développent chez les enfants au-dessous de quinze ans, et qui affectent surtout les garçons. On observe des cas isolés de cette affection ; par contre elle frappe tous les enfants d'une même famille dès que l'un d'eux est atteint : il semble donc qu'elle soit contagieuse. Elle débute d'ordinaire près du cuir chevelu de chaque côté du front au niveau du milieu de chaque sourcil ; de là les comédons s'étendent par groupes, se rejoignent au milieu de la région frontale, gagnent les tempes, les parties latérales des joues, etc... Cette variété est donc caractérisée au point de vue objectif par sa disposition disciplinée en groupes, et non disséminée çà et là sans ordre comme le sont les comédons ordinaires.

Une autre forme morbide que l'on peut à la rigueur aussi rapprocher des comédons et dont nous avons vu quelques cas chez les enfants, a été décrite par E. Besnier et Thibierge sous le nom d'*acné vermoulante*. Dans cette variété les comédons sont groupés en plaques sur les pommettes : après leur expulsion ils laissent de petits trous qui deviennent confluents et forment des sortes de fossés ou de ravins tortueux dont l'ensemble donne à la peau l'aspect d'un morceau de bois rongé par les vers.

Presque toujours il existe donc au front, vers la racine des cheveux, aux tempes, sur les joues, au menton, un peu de rougeur et de tuméfaction des téguments autour d'un point noir comédonien : c'est l'*acné papuleuse*. Il est fort rare que l'évolution ne continue pas à se faire. La rougeur s'accentue davantage autour du comédon; il devient le centre d'élevures ou de nodosités d'un volume qui varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois, rouges, coniques ou hémisphériques, plus ou moins douloureuses, et qui dans la grande majorité des cas finissent par suppurer. Il se forme alors au centre même de la petite tumeur un point jaune blanchâtre au niveau duquel le pus vient soulever l'épiderme. Au bout

Fig. 197. — Acné polymorphe du tronc : chéloïdes prépectorales consécutives.

d'un laps de temps qui varie de trois à plusieurs jours, la papulo-pustule se rompt, et le peu de liquide purulent qu'elle contient s'épanche au dehors, le plus souvent sans que le malade y prenne garde. Puis la petite saillie rouge diminue, s'affaisse, et il ne reste plus comme trace de la lésion qu'une tache d'un rouge plus ou moins brunâtre qui met dans quelques cas assez longtemps à disparaître. Parfois le pus se concrète en une croûte qui se dessèche au sommet de la petite élevure : c'est l'*acné pustuleuse superficielle*, dont les lieux d'élection sont le visage et les parties antérieures et postérieures du thorax.

Parfois la petite collection purulente offre la forme en sablier : elle est constituée par une pustule superficielle et par une pustule profonde séparées par un étranglement.

Lorsque les papulo-pustules que nous venons de décrire sont régulières, lorsqu'elles ont toutes environ le volume d'une forte tête d'épingle, ne sont entourées que d'une aréole rouge peu étendue et ne causent qu'une douleur légère, lors-

qu'elles évoluent rapidement et sont discrètes, isolées les unes des autres, c'est la variété commune ou typique, l'*acne simplex* de la plupart des auteurs, l'*acne vulgaris de Fuchs*.

Si la papulo-pustule devient beaucoup plus considérable, si la saillie qu'elle forme est plus marquée, si son aréole rouge périphérique est plus étendue, et le pus qu'elle renferme plus abondant, c'est la forme décrite par Hébra sous le nom d'*acné pustuleuse*. Cette variété est tellement voisine de la précédente, qu'il est assez difficile de l'en distinguer, et que l'on peut dire qu'elles se confondent.

Si les éléments éruptifs sont placés les uns à côté des autres et perdent ainsi leur forme hémisphérique pour prendre un aspect plus ou moins allongé, ovalaire, on a l'*acne hordeolaris* (en grain d'orge ou d'avoine).

Si les papulo-pustules sont très volumineuses, agglomérées, et arrivent à constituer des sortes de saillies indurées, solides, à base dure et violacée, c'est l'*acné indurée* ou *tuberculeuse*, forme dans laquelle la suppuration peut être d'emblée profonde et exclusivement profonde. Il se forme alors un nodus sous-comédonien, rénitent, de grosseur variable, douloureux à la pression, fort lent d'évolution. C'est un véritable abcès acnéique profond qui, ponctionné, donne issue à du pus collecté.

La réaction inflammatoire qui accompagne l'apparition d'un élément acnéique peut être extrêmement vive; les tissus périphériques sont envahis par le processus et suppurent; il se forme un véritable petit abcès dermique et sous-dermique, à évolution plus rapide que dans la variété précédente, c'est l'*acné phlegmoneuse*.

Il est rare que les diverses variétés d'acné inflammatoire que nous venons d'énumérer existent à l'état pur chez un même malade : il est de règle qu'on en observe à la fois chez un sujet donné plusieurs variétés : elles peuvent même coexister chez lui avec d'autres affections des glandes sébacées, telles que kystes sébacés, séborrhée, etc... Quand toutes ces lésions sont réunies aux points d'élection, c'est-à-dire à la face, à la partie antérieure, et surtout à la partie postérieure du thorax, le malade présente souvent les attributs extérieurs du lymphatisme. Les formes indurées et phlegmoneuses produisent dans ces cas des altérations profondes des tissus : elles laissent des cicatrices blanches, gaufrées ou irrégulières et même chéloïdiennes. Les lésions sont parfois tellement abondantes à la face, à la poitrine et surtout dans le dos, qu'il n'y a pas un pouce de tissu sain. Tout cet ensemble d'éléments éruptifs composés de séborrhée, de comédons, d'acné simplex, d'acné pustuleuse, d'acné indurée, d'acné phlegmoneuse, de cicatrices, etc., à toutes les périodes de leur évolution, constitue une éruption vraiment spéciale à laquelle on a donné autrefois le nom d'*acné polymorphe des scrofuleux* [1].

Dans quelques cas rares on constate en même temps des *tannes* constituées par une enveloppe kératinisée contenant de la matière grasse, des *kystes butyriques*, ou des *kystes mucoïdes* tenant à une dégénérescence kystique de la glande sébacée.

L'acné ne s'accompagne le plus souvent que de quelques sensations de cuisson ou de brûlure. Il est rare qu'elle soit prurigineuse. Cependant nous en avons vu des cas.

Ce n'est presque jamais parce qu'une éruption d'acné démange que les femmes

[1] Il est probable que l'*acne cachecticorum* de certains auteurs étrangers d'il y a vingt ans correspond à une variété de ce que l'on décrit maintenant sous le nom de *Tuberculides*.

excorient leurs boutons, mais parce qu'elles s'imaginent qu'en les ouvrant et en les dilacérant elles feront sortir le germe morbide qu'elles croient être la cause du mal; elles espèrent guérir ainsi plus vite. Cette pratique devient rapidement chez elles une véritable manie, et elles passent chaque jour de longs moments devant leur miroir occupées à ouvrir et à gratter tous les boutons qu'elles peuvent décou-

Fig. 198. — Acné excoriée de la face chez une femme grande neurasthénique.

vrir. Il est impossible de les empêcher de se livrer à cette funeste habitude. (Voir nos travaux sur l'*acné excoriée* des jeunes filles et sur son traitement.)

Évolution. — L'acné juvénile est avant tout une dermatose de la puberté. Elle débute chez la jeune fille de onze à quinze ans, rarement plus tard, chez le jeune homme de treize à dix-huit ans. Elle est sujette à des périodes d'exacerbation au printemps au moment des règles, et à des périodes d'accalmies, quand le malade est soustrait aux causes diverses d'aggravation, telles que écarts de régime, mauvais état du tube digestif, etc... Elle a une tendance naturelle à décroître spontanément, puis à disparaître entre vingt-deux et trente ans. Assez souvent elle se transforme en couperose ; presque toujours la séborrhée persiste après la disparition de l'acné.

Mais il y a des formes d'acné qui ont une autre marche. Parmi elles nous signalerons surtout, l'*acné mentonnière indurée*, profonde, qui s'observe assez souvent chez la femme entre vingt-cinq et quarante-cinq ans. Elle est caractérisée : 1° par sa localisation presque exclusive au menton : 2° par la rareté des éléments éruptifs qui souvent sont uniques, qui dépassent rarement le nombre de 5 à 6 ; 3° par leur succession presque ininterrompue : dès qu'une papulo-pustule est terminée, une autre commence son évolution ; 4° par leur profondeur, (elles forment des nodosités intra et sous-cutanées fort dures d'abord, puis qui peu à peu se ramollissent en augmentant) ; 5° par leur volume (ce sont de véritables abcès dans lesquels par la ponction on trouve une très forte gouttelette — et souvent davantage — de pus collecté).

Pour ainsi dire toujours cette forme est en relation avec un désordre quelconque, lésion ou simple congestion, de l'utérus ou des annexes. Nous avons dans nos cli-

niques l'habitude de dire : acné mentonnière = lésion utéro-ovarienne ; acné supérieure de la face, = troubles gastro-intestinaux.

Acné artificielle ou médicamenteuse. — Il est de notion vulgaire, et nous le rappellerons à l'étiologie, que l'ingestion de certaines substances nuisibles, de certains médicaments, tels que les iodures, provoque l'apparition de papulo-pustules acnéiques absolument analogues à celles que nous venons de décrire.

Dans ces dernières années on a démontré que les ouvriers qui procèdent à la fabrication du chlore par l'électrolyse du chlorure de sodium ou du chlorure de potassium, présentent, sous l'influence toxique des vapeurs du chlore à l'état naissant, une acné polymorphe typique, à un degré monstrueux.

Comme l'a fort bien fait remarquer Sabouraud, cette acné offre tous les caractères de l'acné juvénile, séborrhée grasse prémonitoire, puis comédons énormes et extrêmement nombreux sur toute la surface des téguments y compris même la face dorsale des mains, par places quelques papulo-pustules acnéiques, quelques nodosités d'acné indurée, ou même quelques kystes (voir les travaux de Herxheimer qui a le premier décrit cette affection, *Münchener med. Wochens*, 28 fév. 1899, p. 278 ; ceux de Thibierge et Pagniez : *Annales de dermat.*, p. 815, 1900 ; ceux de de Bornemann, histologie de l'acné chlorique, *Archiv. f. Dermat und Syph.*, LXII, p. 75 ; ceux de Hallopeau et Lemierre : Société de dermat. juin 1900 ; la thèse de Fumouze où l'on trouvera tous les renseignements désirables).

Anatomie pathologique et pathogénie de l'acné polymorphe. — *Transformation kystique du filament séborrhéique.* (*Sabouraud.*) — La condition nécessaire pour que l'on passe de la séborrhée à l'acné, c'est que le filament séborrhéique subisse la transformation kystique et devienne par suite un comédon. Cette transformation s'opère graduellement par épaississement de l'écorce lamelleuse latérale du filament séborrhéique, écorce qui se plisse de plus en plus, se chiffonne, et arrive ainsi peu à peu, à constituer des « bouchons effectifs qui peuvent être momentanés ou définitifs, siéger en tous les points du cocon... C'est ainsi que l'on trouve des comédons cloisonnés, spiralés, contournés diversement. Si l'occlusion se produit à l'orifice folliculaire même, la colonie microbienne cesse d'être effusée au dehors. Elle ne cesse pas pour cela de grandir ; elle s'allonge vers la profondeur. Elle déterminera ainsi une acné suppurée spéciale, microbacillaire pure...

Habituellement la clôture du cocon séborrhéique s'effectue presque à la fois en surface et en profondeur, le comédon se trouve constitué. La colonie qu'il contient continuera encore de s'accroître, mais sur elle-même. Le cylindre séborrhéique grossira transversalement et assurera de plus en plus par sa forme et ses dimensions l'occlusion complète du canal pilo-sébacé qu'il occupe. Son organisation se complétera par l'adjonction incessante de lamelles cornées nouvelles autour de lui ».

« **Structure du comédon.** — Son centre est une colonie microbacillaire rigoureusement pure, démesurément plus grosse que celle des filaments séborrhéiques normaux... Par suite du chiffonnement des lamelles cornées internes du filament qui a déterminé l'enkystement définitif de la colonie, cette colonie se trouve découpée de la façon la plus fantaisiste en amas gros ou petits, diversement disposés, et chacun de ces pelotons est incrusté dans une cavité qui l'encapsule et dans laquelle il se moule.

« L'ensemble de la colonie microbacillaire est entouré d'une enveloppe cornée dense, épaisse et régulière qui l'enclôt. Puis, autour de cette enveloppe, d'autres en nombre considérable se sont accumulées et font au comédon une succession d'écorces feuilletées et comme cellulosiques : c'est là le *manteau du comédon*. Ces enveloppes contiennent entre elles, les unes quelques pelotons microbacillaires excentriques, les autres des débris nombreux de poils incurvés et atrophiques. » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 62-64.)

L'extrémité inférieure du comédon est un cul-de-sac arrondi. Son *extrémité supérieure* garde presque toujours l'apparence d'une cheminée verticale formée par des feuillets épidermiques chiffonnés qui renferment des masses pigmentaires et des microbes d'infection secondaire qui sont parfois des amas du bacille-spore de Malassez, plus souvent des colonies de staphylocoques, lesquelles sont le point de départ des processus pyogènes qui vont créer l'acné polymorphe.

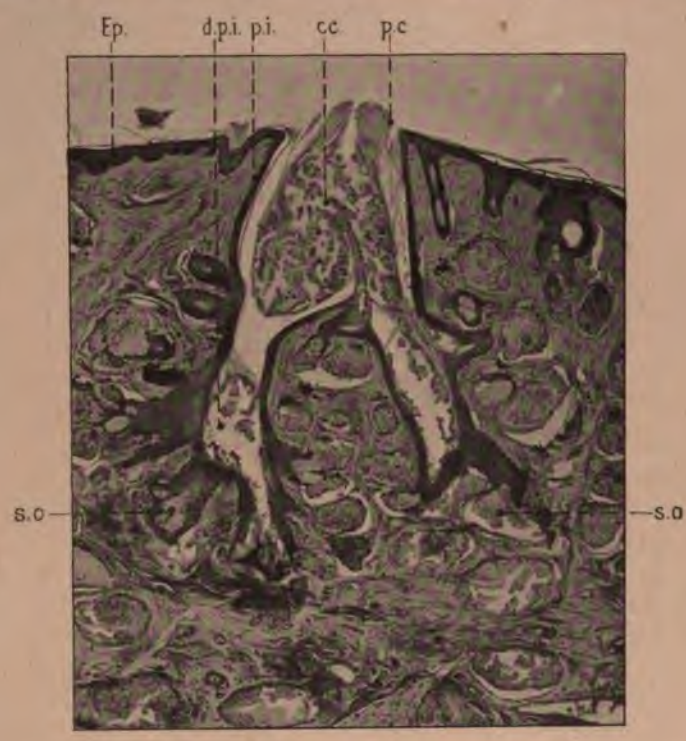


Fig. 199. — Séborrhée du nez.

Ep, épiderme de recouvrement. — *tc*, contenu du comédon. — *pc*, paroi feuilletée, épidermique du comédon. — *pi*, paroi épidermique de l'infundibulum pilo-sébacé qui contient le comédon. — *dpi*, dilatation profonde de cet infundibulum. — *so*, glandes sébacées ouvertes dans cet infundibulum.

« **Infection secondaire du kyste comédon.** — La première pullulation staphylococcique au sommet des comédons causera une légère réaction inflammatoire de l'ostium folliculaire. L'épiderme sera infiltré de cellules migratrices : c'est *l'acné papuleuse*.

« Bientôt l'afflux leucocytaire intra-épidermique se continuant, la papule sera devenue pustule. La pustule se formera autour de la colonie séborrhéique comme autour d'un corps étranger : c'est *l'acné pustuleuse*..

« La litière staphylococcique qui entoure le cocon microbacillaire peut s'insinuer entre les écorces concentriques du comédon, jusqu'à pénétrer au-dessous de lui dans la cheminée folliculaire et faire un abcès acnéique d'origine (staphylococcique de fait) dans la profondeur. Dans ce cas, le plus souvent, la pullulation micrococcique est double : elle se fait autour du cocon microbacillaire et aussi au-dessous de lui : c'est *l'acné suppurée profonde — abcès en bouton de chemise ou en sablier*.

« Quelquefois pourtant la colonie staphylococcique passée entre le cocon séborrhéique et la paroi folliculaire épidermique n'a causé aucun dégât superficiel ;

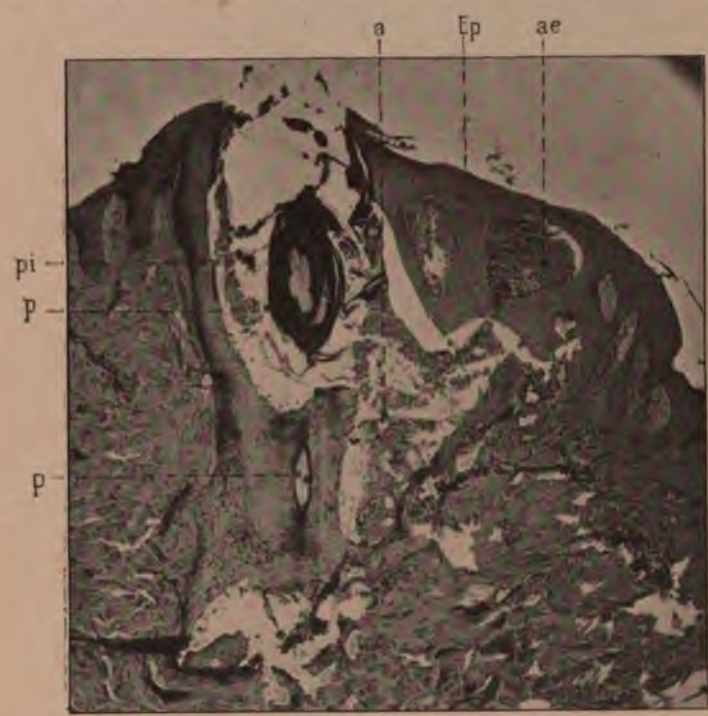


Fig. 200. — Acné vulgaire.

E_r, épiderme de recouvrement. — *pi*, paroi épidermique de l'infundibulum pilo-sébacé. — *p*, poil. — *a*, Abcès péripilaire. — *ae*, prolongement de l'abcès péripilaire qui pénètre dans l'épaisseur de l'épiderme.

elle s'est insinuée entre les écorces du comédon, et va pulluler exclusivement dans la profondeur : c'est *l'acné indurée* » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 68. 70).

Le microbe pathogène de ces acnés est le *staphylocoque à cultures grises*, sauf dans quelques cas où, d'après Sabouraud, il est possible, mais non prouvé, que l'acné pustuleuse n'ait reconnu pour agent pathogène que le seul microbacille séborrhéique.

Étiologie. — La cause déterminante des éruptions acnéiques est dans quelques cas des plus faciles à découvrir : nous avons vu plus haut que l'ingestion de cer-

[1] Ceux que cette question intéresse devront lire le travail de T.-C. Gilchrist (the Etiology of acne vulgaris, *Journal of Cutaneous diseases*, mars 1903), dans lequel l'auteur décrit comme agent constamment pathogène de l'acné vulgaire le microbe qu'il appelle *bacillus acnes* et qui semble bien être le même que le microbacille de la séborrhée de Sabouraud.

taines substances, en particulier de médicaments tels que les bromures et surtout les iodures, peut déterminer l'apparition sur le visage ou en d'autres points du corps d'éléments acnéiques typiques ou d'éruptions acnéiformes d'aspect spécial (éruptions pathogénétiques de Bazin). D'autre part les applications sur les téguments de certaines substances, telles que l'huile de cade, le goudron et ses dérivés, la chrysarobine, l'acide pyrogallique, etc., peuvent également amener la formation de pustules acnéiques (éruptions de cause externe de Bazin). Ce sont les *acnés artificielles* dont nous disons quelques mots au chapitre *Éruptions artificielles médicamenteuses* (voir ce mot). — Dans ces cas d'acné bromique, iodique, cadique, etc., il faut bien évidemment, avant d'instituer toute autre médication, commencer par supprimer la cause si l'on veut supprimer la lésion cutanée.

Mais en dehors de ce groupe de faits qui ne présente aucune difficulté, il est souvent impossible d'assigner une étiologie nette et précise aux divers cas d'*acnés dites spontanées* ou de *cause interne* pour lesquelles on est si souvent consulté. Il est cependant quelques causes que nous devons signaler, à côté des agents microbiens dont presque tous les auteurs admettent à l'heure actuelle l'influence réelle.

La scrofule, ou pour mieux dire ce que l'on est convenu d'appeler le tempérament strumeux, semble constituer un excellent terrain pour l'évolution de cette dermatose : on ne peut néanmoins toujours incriminer ce tempérament : car, d'une part, tous les strumeux ne sont pas acnéiques, et d'autre part, il est de nombreux acnéiques qui ne présentent ni chez eux ni chez leurs ascendants aucun symptôme de lymphatisme. Certains sujets atteints d'acné vulgaire présentent quelques symptômes que l'on pourrait rapporter à ce que l'on désignait autrefois sous le nom d'arthritisme, tels que des migraines ou des céphalées fréquentes, du froid aux pieds habituel, de la dilatation stomacale, des sensations de gonflement et de pesanteur du côté de l'estomac après les repas, avec poussées congestives vers la face, de la constipation opiniâtre, etc... Toutes ces manifestations semblent bien être en relation avec les lésions cutanées : mais il n'y a là rien de bien précis. Ce qui est vrai, c'est qu'il y a certaines peaux que nous appellerons de qualité inférieure, épaisses, graisseuses, à orifices sébacés élargis, qui sont prédisposées aux éruptions acnéiques. Ce qui est également exact, c'est que la prédisposition à l'acné est souvent héréditaire, familiale, s'observe chez les frères et chez les sœurs.

On a beaucoup insisté sur les relations qui existent entre l'acné disséminée et les affections des organes génito-urinaires chez les deux sexes. On a fait remarquer, ce qui était déjà connu depuis l'antiquité, que l'acné se produit surtout de quatorze à vingt-quatre ans au moment du développement et du maximum d'activité des organes génitaux. Et c'est là une particularité d'une importance capitale que l'on ne saurait trop mettre en lumière. On a constaté la coïncidence de cette dermatose avec la congestion de ces organes, congestion tenant soit à une continence exagérée (jeunes gens étroitement surveillés dans leurs familles, séminaristes), soit à l'onanisme, soit à des excès vénériens d'autre nature, soit à une affection quelconque du canal de l'urèthre, de la prostate ou de l'utérus. Chez les jeunes filles ou même chez les jeunes femmes, les poussées d'acné sont souvent en relation directe avec les époques menstruelles. Chez certaines femmes l'acné indurée mentonnière, profonde, rebelle, est certainement en relation avec des lésions de l'utérus ou des annexes, ou bien avec de simples poussées congestives de ces organes.

On sait aussi depuis longtemps que l'acné dépend dans une certaine mesure de

troubles digestifs. Les fermentations gastro-intestinales, la constipation habituelle nous paraissent jouer un rôle majeur dans sa genèse. Avant tout il faut que le malade vide son son intestin tous les matins. Les écarts de régime, l'ingestion de certaines substances alimentaires, du fromage en particulier, suffisent chez beaucoup d'acnéiques à provoquer une éruption. On a même voulu faire de l'acné un symptôme constant de dyspepsie et de dilatation stomacale.

« La dyspepsie favorise d'abord le développement de la séborrhée, puis « survient l'éruption acnéique qui n'est que le résultat d'un ensemencement de « la peau séborrhéique par les germes venus de l'extérieur. L'éruption acnéique « est contagieuse, et surtout auto-inoculable de proche en proche. » (Barthélemy, Congrès de Paris, 1889.) Déjà quelques médecins avaient attribué l'acné pustuleuse à l'introduction dans les follicules de parasites venus du dehors, tels que divers staphylococci. Ce rôle des parasites dans la genèse de l'acné, rôle qui vient d'être si brillamment mis en lumière par Sabouraud, nous semble très soutenable. Ici, comme pour beaucoup d'autres affections de la peau, il est probable que le parasite est la cause déterminante quoique banale : il devient pathogène quand il trouve un terrain convenable.

Certains climats, les bords de l'océan en particulier, semblent parfois exercer une influence fâcheuse au point de vue de l'apparition des pustules acnéiques. Les agents irritants extérieurs en favorisent le développement : c'est ainsi que quelques personnes voient se produire de l'acné sur leur visage quand elles s'exposent à l'action d'un vent violent, d'un froid vif, d'un froid ardent, etc...

Nous signalerons encore les irritations multiples causées par l'épilation ou les applications de pâtes épilatoires, chez les personnes pourvues d'un système pileux exagéré : chez elles, la destruction complète des poils par l'électrolyse ou par la radiothérapie peut devenir une véritable nécessité (voir, pour notre façon de comprendre la pathogénie de l'acné, ce que nous disons au chapitre *Étiologie et Pathogénie générale des dermatoses.*)

En résumé, les acnés se développent sur terrain prédisposé, souvent héréditairement, sur fond séborrhéique, lors de la puberté ; leur développement semble favorisé par l'ingestion de substances nuisibles, par les fermentations gastro-intestinales, par la constipation, par les maladies de certains organes, surtout des organes génito-urinaires, enfin par certains contacts irritants.

Traitement. — G.-H. Fox divise au point de vue pratique les acnés en variétés irritables et variétés indolentes. Les variétés irritables sont caractérisées par une tendance toute spéciale des téguments qui sont fins et souples à s'enflammer sous l'action des divers topiques, par l'importance de l'élément vasculaire et conjonctif, par les liens étroits qui unissent l'éruption acnéique aux divers troubles constitutionnels que nous venons d'énumérer : aussi le traitement général a-t-il dans ces cas une importance toute spéciale. Dans les variétés indolentes les téguments sont épais, rugueux, huileux ; les glandes sont obstruées et dilatées, et les topiques les plus énergiques sont bien supportés ; le traitement local devient au contraire ici la partie la plus efficace de la médication.

Traitement général. — Il faut, avant toute chose, quand on se trouve en présence d'un cas d'acné, rechercher si les téguments ne sont exposés à aucun contact irritant, et si le malade n'a rien pris, soit comme aliment, soit comme médicament, qui puisse lui donner de l'acné. D'après certains auteurs, un régime excitant, l'usage de café, de thé, d'alcool, de vin pur en trop grande quantité, de viande de

porc, de veau, de gibier faisandé, de conserves de poissons, de crustacés, de graisses, de fromages fermentés, et surtout une trop grande proportion de viande dans l'alimentation peuvent donner des poussées acnéiques (voir, pour plus de détails, l'article *Régime*).

On doit examiner avec soin le tube digestif, et pour peu que l'estomac soit atteint et que les digestions soient imparfaites, on les régularisera par des moyens appropriés. Cette mesure est, d'après nous, des plus importantes ; nous sommes convaincu, ainsi que nous l'avons écrit dès 1887, que dans beaucoup de cas la dyspepsie, les écarts de régime et la constipation interviennent pour une grande part dans la pathogénie de l'acné. Ils activent les poussées congestives qui se produisent vers la face après les repas ; peut-être même favorisent-ils l'introduction dans la circulation générale de produits imparfaits et nuisibles dont l'élimination par les glandes sébacées cause leur mauvais fonctionnement, etc. (Voir la communication déjà citée de Barthélemy au congrès de 1889.) Quoi qu'il en soit des explications que l'on peut en donner, il est si fréquent de voir des troubles dyspeptiques coïncider avec des éruptions acnéiques que l'on ne peut pas négliger cette indication. On soumettra donc ces malades à un examen minutieux des fonctions gastro-intestinales, examen pour lequel on devra même dans les cas rebelles avoir recours aux méthodes d'analyse chimique, et on les traitera en conséquence. Dans quelques cas, le benzo-naphtol à la dose quotidienne de 25 centigrammes à 2 grammes, pur ou associé au salicylate de bismuth, au soufre ou à la magnésie, ou le peroxyde de magnésium à la dose de 0,50 centigrammes à un gramme avant chaque repas donnent d'excellents résultats.

Les acnéiques ne doivent jamais être constipés : on leur prescrira l'usage de laxatifs variés, tels que les pilules de podophylle, d'euonymine, d'aloès, parmi lesquelles nous recommandons les grains de santé de Frank et même, dans les cas rebelles les pilules d'Anderson, les pilules de rhubarbe composées de la pharmacopée anglaise, les poudres laxatives (magnésie, rhubarbe pulvérisée, etc...), le citrate de magnésie, la manne, les différents thés purgatifs connus, etc... Ces divers agents ne doivent, nous le répétons, agir que comme laxatifs : il ne faut pas en continuer l'usage trop longtemps : quand on s'est servi de l'un d'eux pendant trois ou quatre semaines, il faut en employer un autre, et ainsi de suite. Il est bon de faire tous les matins des massages abdominaux pratiqués dans le sens du gros intestin, de façon à en réveiller la contractilité. Toutes les fois que ce sera possible, on s'en tiendra à cette dernière pratique et à l'usage journalier d'aliments laxatifs, tels que les pruneaux et les pommes cuites.

Il est nécessaire que les acnéiques n'aient pas froid aux pieds : or il suffit d'interroger quelques malades atteints soit d'acné du visage, soit de séborrhée de la face ou du cuir chevelu pour se convaincre de la fréquence de ce symptôme chez eux. Ils réveilleront l'activité de la circulation vers les extrémités inférieures par la marche, l'exercice corporel, et au besoin par le massage, par des frictions quotidiennes ou biquotidiennes avec de la flanelle imbibée d'alcool camphré, d'eau de Cologne, d'alcoolat de lavande et surtout d'alcoolat de Fioravanti, par les douches locales, par la flagellation avec de l'eau froide, par les bains de pieds chauds au gros sel, ou sinapisés.

On s'efforcera de régulariser les fonctions des organes génito-urinaires, tâche aussi délicate que difficile pour le médecin et pour le malade. On a publié en Amérique des observations fort intéressantes de personnes atteintes d'acnés rebelles qui avaient épuisé tous les moyens thérapeutiques locaux connus, et qui avaient

guéri soit par des injections vaginales biquotidiennes d'eau très chaude, soit par le massage uréthral pratiqué avec une sonde métallique froide. Nous ne saurions trop engager les médecins qui ont à traiter des acnés rebelles à s'enquérir de l'état des organes génito-urinaires de leurs malades, et à les soigner dans ce sens pour peu qu'ils constatent la moindre lésion pathologique ou le moindre trouble fonctionnel.

La rhinite chronique est souvent une cause de congestion et d'acné du visage. Il faudra donc aussi vérifier l'état des fosses nasales.

On doit s'inquiéter de la constitution du sujet : s'il est lymphatique et si son tube digestif est en bon état, on lui fera prendre de l'huile de foie de morue à haute dose; cette substance agit assez bien dans l'acné polymorphe des strumeux, quoique d'une manière générale il faille donner le moins possible de matières grasses dans les affections des glandes sébacées caractérisées par un excès de sécrétion. Gubler prescrivait de la glycérine aux acnéiques. Si le malade est anémique ou chlorotique, on aura recours aux ferrugineux seuls ou associés à l'arsenic (la mixture ferro-arsenicale de Wilson par exemple); s'il est goutteux, on essayera les alcalins, en particulier les eaux minérales naturelles alcalines fortes ou faibles, suivant les cas.

Nous ne connaissons pas de médicament réellement héroïque contre l'acné. Certains auteurs ont cependant préconisé l'administration à l'intérieur de quelques substances qui auraient, d'après eux, une action directe sur l'élément acné. C'est ainsi que des malades auraient obtenu de très bons effets de l'emploi longtemps prolongé du soufre donné soit en nature, soit sous forme de pastilles, soit mélangé à parties égales de miel; les sulfureux artificiels et les eaux minérales sulfureuses comptent également quelques succès. On a beaucoup vanté le sulfure de lithium et le sulfure de calcium.

Après Unna nous avons donné l'ichtyol en capsules de 25 centigrammes aux doses de 2 à 4 capsules par jour.

Dans les cas d'acné volumineuse, l'arsenic, à la dose quotidienne de 5 à 15 milligrammes, aurait rendu des services. Dans l'acné pustuleuse, Piffard a employé le bromure d'arsenic à doses très faibles.

Denslow a recommandé l'ergotine, et nous croyons avoir dans quelques cas retiré de bons effets de ce médicament seul ou combiné soit au sulfure de lithium, soit à la digitale, à la belladone, à l'hamamélis, à la quinine.

La levure fraîche de bière semble réussir dans les acnés pustuleuses très volumineuses : mais c'est assez aléatoire et cette substance reste presque toujours inefficace dans les formes ordinaires.

Résumé. — Nous pouvons schématiser de la manière suivante le traitement général de l'acné juvénile :

1° Supprimer tout médicament pouvant donner lieu à une éruption acnéique, en particulier les bromures et les iodures.

2° Régime d'une très grande sévérité. Interdire l'usage du café, de l'alcool, des liqueurs, du vin en grande quantité, de la charcuterie, du gibier faisandé, des poissons et des coquilles de mer, des crustacés, de trop de beurre et de graisse, *des fromages salés et fermentés : ne pas trop manger de viande.*

3° S'efforcer d'obtenir des digestions parfaites : soigner tous les troubles dyspeptiques qui peuvent exister du côté de l'estomac et des intestins; veiller à la régularité des garde-robes : entre autres laxatifs, nous recommandons dans ce but la fleur de soufre.

4° Soigner tous les désordres de l'appareil génito-urinaire.

5° Réveiller l'activité de la circulation générale surtout vers les extrémités inférieures par la marche, l'exercice corporel, le massage, les frictions alcooliques, les flagellations avec de l'eau froide, etc...

6° Faire examiner les fosses nasales et leur arrière-cavité : les faire traiter s'il y a la moindre lésion.

7° Comme médicament interne, on peut donner soit l'ichtyol aux doses de 1 à 2 grammes par jour au commencement des repas, en capsules de 25 centigrammes, soit le soufre sous forme d'eau sulfureuse naturelle, ou de sulfures, ou de pastilles de soufre, soit enfin chez les anémiques, l'arséniate de fer aux doses de 2 milligrammes à 1 centigramme par jour

La levure fraîche de bière renouvelée tous les jours nous a donné quelques résultats dans certains cas d'acné rebelle, surtout dans les formes pustuleuses à gros éléments : nous l'avons administrée aux doses de 3 à 9 cuillerées à café par jour dans un peu d'eau ou de bière avant les repas. Mais l'action de ce médicament est des plus infidèles : dans certains cas, il nous a paru plus nuisible qu'utile.

Traitement local. — Malgré l'importance des recommandations qui précèdent, il faut bien savoir que, dans la grande majorité des cas, le traitement général seul n'agira pas, et qu'il est des malades chez lesquels le traitement local employé seul sera efficace. Cependant nous ne saurions trop engager les praticiens à instituer autant que possible un traitement général approprié, en même temps qu'une médication locale convenable. Il est bon, quand on s'adresse à une affection aussi rebelle, de ne rien négliger pour en assurer la disparition. Il est des sujets que blanchit momentanément la médication locale, mais qui voient constamment leur acné récidiver parce qu'elle est en relation directe avec une des causes dont nous venons de parler plus haut et que l'on a négligées.

Traitement local des comédons. — Il est fort difficile de traiter les comédons. Il est souvent malaisé de les enlever ; parfois en le faisant on provoque la formation de papulo-pustules d'acné; enfin il est presque impossible d'en empêcher la reproduction.

a) *Enlever les comédons.* — Pour enlever les comédons on peut exécuter avec les doigts désinfectés des massages rythmés de la peau préalablement savonnée et lavée à l'alcool et à l'éther. Cette pratique qui est des plus recommandables et que l'on peut étendre au traitement de toutes les acnés de la face, est d'une exécution fort délicate. Pospelow a donné les règles suivantes : « il faut masser chaque moitié du front de la ligne médiane vers la tempe, les joues de dehors en dedans, en suivant une ligne courbe presque parallèle à la mâchoire inférieure, la racine et le dos du nez directement de haut en bas et de dedans en dehors, la région mentonnière de haut en bas suivant des arcs de cercle disposés autour du centre du menton. On commence par se réchauffer les mains par l'immersion dans un bain d'eau bouillie très chaude (à 40°-43°) ; puis, après les avoir essuyées à sec et lubréfiées avec de la vaseline stérilisée, on pratique, avec les extrémités digitales des effleurages énergiques sur les diverses régions de la face dans les directions indiquées. La durée de la séance est de quinze à vingt minutes. Le massage terminé, le malade se poudre de talc et se couche: C'est en effet le soir qu'il convient de le pratiquer. »

Nous prescrivons d'ordinaire à nos malades de faire tous les huit ou dix jours un nettoyage complet de la figure. Pour cela on savonne toutes les parties malades

avec du savon de naphtol et avec de l'eau qui a longuement bouilli avec du borate ou du bicarbonate de soude ; on lave à l'éther et à l'alcool camphré. On désinfecte soigneusement les mains, les doigts et les ongles. Puis, avec la pulpe des doigts, on exprime toute la peau malade en la pinçant entre le pouce et l'index ; par cette manœuvre on fait sortir des quantités presque toujours considérables de cocons séborrhéiques. On exprime les comédons entre les ongles. Ceux qui ne sortent pas ainsi sont enlevés au moyen d'une clef de montre que l'on passe chaque fois à la flamme de la lampe à alcool, puis que l'on plonge dans l'alcool camphré. Quand le nettoyage de la figure est terminé, on la lave de nouveau à l'alcool et à l'éther, et on la savonne.

Sabouraud prescrit :

1° Nettoyer la peau avec un bouchon d'ouate hydrophile imprégné d'éther officinal.

2° Badigeonner ensuite le visage avec un pinceau mouillé de :

Acide tartrique	ãã de 1 gramme à 5 grammes.
Acide salicylique	
Résorcine.	
Alcool à 60°	50 grammes.

M. s. a.

3° Extraire ensuite les comédons avec l'extracteur et un par un : aussitôt après, appliquer le lait de soufre de Vidal, ou bien du sulfure de carbone saturé de soufre et non sursaturé (très inflammable), (le passer avec une boulette d'ouate très mouillée).

b) *Prévenir le développement des comédons.* — Tous les soirs on savonne la figure avec de l'eau bouillie chaude additionnée de borate de soude ou de bicarbonate de soude et avec du savon de naphtol ou du savon de potasse. Puis on passe de l'ouate hydrophile salicylée imbibée soit d'eau oxygénée, soit d'une solution contenant 5 grammes de borate de soude, 10 grammes d'alcool à 90°, 30 grammes de glycérine et d'eau de rose, soit une solution de 1 à 2 grammes de carbonate d'ammoniaque pour 30 grammes d'éther et 70 grammes d'eau.

Dans les cas rebelles, on emploie pour le savonnage, le soir, le mélange suivant : acide salicylique, 1 gramme ; savon noir, 40 grammes ; alcool de lavande, 10 grammes ; alcool à 90°, 80 grammes, et on applique le soir une des pommades exfoliantes que nous allons indiquer pour le traitement de l'acné.

Le matin, il est bon, après la toilette, de faire une lotion avec de l'eau de Cologne, ou même, quand c'est possible, avec de l'alcool camphré ou de l'alcool salicylé au 1/100, si la peau le supporte.

Les pulvérisations avec un pulvérisateur à vapeur rendent parfois de réels services.

Traitement local de la forme vulgaire de l'acné juvénile. — Voici les divers traitement locaux que nous croyons devoir recommander :

Lotions chaudes et alcoolisées. — Dans les cas de peu d'intensité, on conseillera d'employer d'abord les moyens suivants, qui n'offrent aucune difficulté d'application et qui n'ont aucun inconvénient. Le malade fera, matin et soir, des lotions avec de l'eau aussi chaude que possible pure ou additionnée d'eau de Cologne : puis il passera sur les points atteints de la tarlatane ou de l'ouate hydrophile trempée dans de l'eau-de-vie camphrée ou de l'eau de Cologne ; dans la plupart

des cas, les malades arrivent peu à peu à se servir d'alcool camphré pur. L'alcool camphré paraît être plus efficace que l'eau de Cologne ; des lotions faites matin et soir avec cette substance améliorent assez rapidement l'acné du dos et de la partie antérieure de la poitrine. On a conseillé d'ajouter aux lotions soit de l'acide borique, soit du borate de soude à la dose de 1/50 environ, et de maintenir appliquée sur les boutons acnéiques naissants un peu d'ouate imbibée d'alcool camphré; on en ferait ainsi avorter un certain nombre.

L'alcool à 96° saturé d'acide borique peut être employé à la place de l'alcool camphré. On a également proposé dans le même but l'alcool salicylé au trentième.

Traitement par les mercuriaux. — Dans les cas bénins, les préparations de sublimé rendent des services. Seulement on doit, lorsqu'on les prescrit, avertir les malades des petits inconvénients que peut avoir leur emploi : irritation possible des téguments, altération des objets de métal, etc...

Après les lotions biquotidiennes à l'eau chaude que l'on doit toujours faire, on savonne les parties malades avec du savon au bichlorure d'hydrargyre plus ou moins fortement et plus ou moins longtemps, suivant la susceptibilité des téguments, puis on les lotionne avec de l'ouate hydrophile imbibée d'une solution contenant un gramme de bichlorure d'hydrargyre pour 100 grammes d'alcool à 90° et 150 grammes d'eau distillée.

On coupe d'abord cette solution de trois fois son volume d'eau chaude, puis on diminue peu à peu la quantité d'eau, et on arrive à l'employer pure : dans ce cas, il est bon de la faire chauffer au bain-marie.

Une formule très employée est la suivante :

Bichlorure d'hydrargyre	1	gramme.
Teinture de benjoin	8	—
Emulsion d'amandes amères	490	—

M. s. a. et agiter avant de s'en servir.

Pendant la nuit on applique sur les parties malades une pommade au calomel au 1/40 ou au 1/20, suivant l'irritabilité des téguments.

On a également prescrit le protoiodure, le biiodure de mercure, l'iodochlorure mercureux en pommades à la dose de 10 à 40 centigrammes pour 30 grammes d'excipient, et le chloramidure de mercure à une dose double.

Dans les cas rebelles on obtient de bons résultats par les applications d'emplâtre de Vigo : le malade le garde pendant toute la nuit, sauf irritation trop grande des téguments.

Quelques auteurs ont conseillé de mettre avec précaution au sommet de chaque papulo-pustule d'acné une petite gouttelette de nitrate acide de mercure ; on se sert pour cela soit d'un morceau de bois taillé en pointe, soit d'une mince baguette de verre. Le procédé est efficace, mais délicat à employer, et il peut laisser des cicatrices.

Traitement par le chlorhydrate d'ammoniaque. — On prescrit parfois le chlorhydrate d'ammoniaque seul en lotions et surtout en applications sous forme de compresses de tarlatane imbibées de la solution médicamenteuse et recouvertes de gutta-percha laminée ou de taffetas gommé ; on les laisse plus ou moins longtemps en contact avec les parties malades, suivant la susceptibilité des téguments et la force de la solution employée. Le titre de la solution recommandée est très variable suivant les auteurs.

Les uns l'emploient au 1/1 000, les autres au 1/50. Si l'on se contente de faire des lotions, on peut se servir d'emblée d'une solution au 1/100 ; si l'on fait des applications, il est prudent de la prescrire au 1/1000, sauf à augmenter rapidement cette dose s'il n'y a pas d'effet utile produit.

Nous employons parfois une solution de 1 gramme de bichlorure d'hydrargyre et de chlorhydrate d'ammoniaque dans 500 grammes d'eau distillée, et nous la faisons d'abord couper de moitié eau chaude.

La célèbre liqueur de Gowland est composée de 1 décigramme de bichlorure d'hydrargyre et de sel ammoniac pour 200 grammes d'émulsion d'amandes amères.

Traitement par les sulfureux. — Les diverses préparations soufrées sont avec le savon noir et la résorcine les agents de beaucoup les plus efficaces contre les éruptions acnéiques. Mais certains sujets ne les supportent pas, et chez eux le soufre cause des éruptions artificielles assez intenses pour qu'on ne puisse pas en continuer l'usage. Cette substance est surtout utile dans les formes d'acnés qui s'accompagnent d'une séborrhée très accentuée. On l'emploie sous forme de savons, de lotions, de poudres, de pommades.

Savons. — Le plus connu est le savon au soufre sublimé lavé avec lequel on fait tous les soirs en se couchant un savonnage plus ou moins énergique suivant l'effet produit. On se sert pour cela d'eau chaude et de flanelle. Si les téguments ne s'irritent pas trop, on laisse la mousse sécher sur le visage plus ou moins longtemps, puis on l'enlève avec de l'eau chaude.

Bains et lotions. — Dans les cas d'acné généralisée ou tout au moins d'acné du tronc on prescrit des bains sulfureux dans lesquels on fait frictionner les malades avec du savon noir, du savon à l'ichtyol ou au naphtol. On peut se contenter de faire laver le visage avec l'eau des bains sulfureux. Il est préférable de prescrire des lotions matin et soir avec de l'eau très chaude dans laquelle on met par demi-verre de 10 à 60 gouttes de polysulfure de potassium liquide avec ou sans quelques gouttes de teinture de benjoin. On commence par employer des doses faibles, puis on augmente peu à peu le titre de la solution, si le traitement n'irrite pas trop les téguments.

Poudres et pâtes. — Nous rangeons sous ce titre toutes les préparations sèches ou liquides dans lesquelles le soufre se trouve en nature, et qui agissent en laissant une couche de soufre pur ou combiné à d'autres agents en application sur la région malade. Ces préparations sont fort nombreuses : nous nous contenterons de mentionner les plus importantes.

En Allemagne, on nettoie d'abord avec de l'eau chaude et du savon, surtout avec du savon noir : on frictionne énergiquement la peau, puis on sèche, et l'on étend avec un pinceau une couche d'une pâte soufrée quelconque. Voici une des formules données par Hébra :

Soufre précipité	
Bicarbonate de potasse	àà 8 grammes.
Glycérine	
Eau de laurier-cerise.	
Alcool à 60°.	

M. s. a. Agiter avant de s'en servir.

On laisse cette pâte appliquée pendant toute la nuit : le lendemain matin, on l'enlève par un lavage avec une lotion faite au lait d'amandes, et pendant toute la

journée on étend sur toutes les parties traitées une légère couche d'une pommade protectrice quelconque renfermant de l'oxyde de zinc, du sous-nitrate de bismuth, etc., soit par exemple 4 grammes d'oxyde de zinc pour 6 grammes de lanoline et 8 grammes de vaseline. On poudre par-dessus la pommade avec de la poudre fine d'amidon. Au bout de quelques jours de ce traitement, la peau peut s'enflammer. Il est nécessaire alors de suspendre l'emploi de la pâte soufrée : on ne fait plus que des applications de préparations calmantes jusqu'à ce que les téguments aient repris leur état normal, puis on recommence l'usage du soufre et ainsi de suite.

En France, on emploie beaucoup les lotions soufrées quand la séborrhée est fort intense. Voici la formule la plus usitée :

Soufre précipité	25	grammes.
Alcool camphré	60	—
Glycérine neutre pure (de Price)	10	—
Eau de roses	190	—
Eau distillée	215	—

Agiter avant de s'en servir.

On étale cette lotion sur les parties malades avec un pinceau : après évaporation il doit y avoir sur les téguments une couche uniforme de soufre. On ne l'enlève que le lendemain matin avec de l'eau chaude et du savon au soufre ou du savon noir, et l'on répète ces applications tous les soirs en employant ou non pendant la journée une pâte à l'oxyde de zinc. Si la peau s'enflamme, on suspend les applications soufrées et l'on fait usage de topiques émollients, puis on recommence l'emploi du soufre, etc...

E. Besnier fait étaler le soir sur les parties malades une pâte fluide composée de : soufre, 50 grammes ; glycérine, 30 grammes ; mélanger de façon à faire un magma, et ajouter : alcool camphré, 80 grammes.

Pommades. — Les pommades soufrées s'emploient de la même manière que les pâtes et les poudres. On les prescrit d'ordinaire au 1/10 ; les doses varient de 2 à 8 pour 40 d'excipient. L'excipient se compose soit d'axonge benzoïnée, soit de cérat sans eau, soit de glycérolé d'amidon, soit de vaseline, soit de vaseline et de lanoline, soit de lanoline et d'huile d'amandes douces ou d'huile d'olive à parties égales, soit d'huile de ricin ou de beurre de cacao. On associe fréquemment au soufre soit le borate de soude au 1/20, soit l'acide salicylique au 1/50, soit le naphtol au 1/10 ou au 1/20, soit la résorcine ou le camphre au 1/20 ou au 1/40. On peut augmenter la consistance du mélange avec de l'oxyde de zinc ou de la craie, on a alors ainsi des sortes de pâtes, et on parfume soit avec de l'essence de roses, soit avec de l'essence de bergamote, soit avec du baume du Pérou.

En voici un exemple :

Naphtol β	1	gramme.
Soufre précipité	de 2 à 5	—
Oxyde de zinc	5	—
Lanoline	5	—
Huile d'amandes douces	7	—
Extrait de violettes	Q. s.	

M. s. a.

Les explications précédentes nous dispensent de donner d'autres formules : chacun peut faire la sienne.

Traitement par le savon noir. — Les lavages quotidiens des parties malades pratiqués de préférence le soir avant de se coucher avec de l'eau très chaude et du savon noir pur ou mélangé d'alcool, sont fort efficaces. On peut en graduer à volonté l'énergie en frictionnant plus ou moins longtemps, plus ou moins fortement, avec un morceau de flanelle, en employant de moins en moins d'eau, et en laissant la mousse de savon sécher sur les parties malades. Dans les cas rebelles, lorsque la peau ne s'irrite pas facilement, on peut laisser cette mousse étalée sur les régions malades en couches plus ou moins épaisses une partie de la nuit ou même la nuit tout entière, puis on l'enlève avec de l'eau chaude et l'on recouvre les endroits traités d'une couche de pommade protectrice et calmante renfermant soit de l'oxyde de zinc, soit du sous-nitrate de bismuth pulvérisé pur, additionné de 1/60 ou de 1/100 d'acide salicylique. Il y a parfois avantage à employer, au lieu de savon ordinaire, un mélange de : Savon noir, de 30 à 60 grammes ; alcool à 90°, 60 grammes; eau distillée, 90 grammes ; et alcoolat de lavande, 15 grammes (m. s. a. et filtrer).

Mais dans les cas vraiment rebelles, il vaut mieux associer le savon noir au soufre. On prescrira par exemple, un mélange à parties égales de soufre précipité et de savon noir (E. Besnier), ou bien, si l'on trouve la préparation précédente trop irritante, un mélange à parties égales d'axonge, de soufre et de savon noir.

Il est utile de combiner le naphtol au savon noir et au soufre. Isaak conseille dans les cas très rebelles d'appliquer pendant une demi-heure ou une heure tous les jours, jusqu'à desquamation de la peau, le mélange suivant :

Naphtol β		10 grammes.
Soufre précipité		50 —
Savon noir	àà	10 —
Vaseline		

Il donne également cette autre formule, mais l'application ne doit durer que quinze minutes :

Naphtol β		
Camphre	àà	10 grammes.
Vaseline		
Soufre précipité		50 —
Savon noir		15 —
Craie blanche		5 —

Ce sont des préparations analogues que nous prescrivons maintenant dans les acnés un peu rebelles. Voici la formule que nous avons adoptée : nous lui donnons le nom de *pommade forte* :

Camphre		1 gramme.
Résorcine	de 1 à 5	—
Soufre précipité	de 2 à 4	—
Savon noir	de 1 à 3	—
Craie préparée	4	—
Vaseline pure	10	—

M. s. a.

On gradue les doses de résorcine, de soufre et de savon noir suivant l'irritabilité des téguments : il est bon de commencer par les doses les plus faibles.

On applique cette pommade le soir avant de se coucher sur les parties malades :

on la laisse en place de cinq à trente minutes, jusqu'à ce que l'on éprouve une cuisson assez vive, puis on l'enlève avec de la vaseline et on la remplace pour la nuit par une pâte épaisse à l'oxyde de zinc renfermant 1/75 d'acide salicylique. On tâche de supporter cette pommade de plus en plus longtemps pour arriver à faire desquamer la peau des régions malades. Quand l'épiderme est brûlé, on en suspend l'usage jusqu'à ce que la desquamation se soit effectuée : puis, si la maladie n'est pas suffisamment modifiée, on recommence les applications de pommade forte. C'est la *méthode exfoliante*, de beaucoup la plus efficace dans les acnés rebelles.

Dans les acnés de faible intensité, nous nous servons fréquemment de la même pommade beaucoup moins forte renfermant par exemple 50 centigrammes de camphre et de résorcine, 3 grammes de soufre, 80 centigrammes de savon noir, 4 grammes de craie préparée pour 10 grammes de vaseline. Nous l'appelons la *pommade faible*. On l'applique le soir, en se couchant, sur les parties malades, et on la garde toute la nuit. Le lendemain matin on l'enlève par un savonnage.

Traitement par l'ichtyol. — Unna a beaucoup recommandé ce médicament contre l'acné. Nous avons déjà vu qu'il l'administre à l'intérieur. Pour l'employer comme topique on savonne les parties malades matin et soir avec du savon à l'ichtyol, puis on fait une friction avec une solution renfermant : de 5 à 50 grammes d'ichtyol pour 50 grammes d'alcool à 90° et d'éther.

L'ichtyol est d'ordinaire fort bien toléré par les téguments. Il y a même des dermatologistes qui l'appliquent pur, avec un pinceau. Il vaut mieux commencer par des doses assez faibles, puis les élever graduellement. On peut laisser l'ichtyol en contact avec les téguments pendant toute la nuit, s'il ne cause pas d'irritation. Sinon on le remplace par une pommade à l'oxyde de zinc boratée et salicylée.

Autres topiques. — Parmi les autres substances que l'on a préconisées comme topiques contre l'acné, citons en première ligne la *teinture d'iode*, laquelle appliquée en plusieurs couches successives sur la papulo-pustule d'acné au début en arrête le développement ; on enlève la tache qu'elle laisse sur les téguments en la badigeonnant avec une solution concentrée d'iodure de potassium, ou mieux avec de l'eau rendue alcaline par de l'ammoniaque.

On peut aussi (Morin) déboucher d'abord la pustule acnéique avec le chas d'une fine aiguille, puis la cautériser dans sa profondeur avec de la teinture d'iode : on peut ainsi la faire avorter.

L'*acide phénique* a été souvent recommandé.

L'*acide chrysophanique* a été préconisé par John Metcalfe.

Lewin prescrit d'inciser toutes les papulo-pustules et de les cautériser avec un crayon pointu de *nitrate d'argent*.

L'*acide salicylique* semble être également un bon agent antiacnéique : nous conseillons de l'incorporer à des doses variant de 1 à 2 1/2 p. 100 dans les pommades dont on fait usage. Nous avons vu que beaucoup de dermatologistes se servent de lotions à l'alcool salicylé au 1/30.

La *résorcine* est le plus souvent associée à d'autres médicaments : on l'a recommandée seule en pâtes exfoliantes au 1/10, au 1/5 et même au 1/3.

Traitement chirurgical. — Avant d'entreprendre le traitement local d'un acnéique, il est bon de nettoyer les téguments. On doit ouvrir les pustules d'acné, en exprimer le contenu, inciser les petits abcès intradermiques s'ils existent, les

panser à l'acide phénique, au sublimé ou à l'alcool camphré, vider les comédons et les kystes sébacés, etc. On a même construit pour cela quantité d'instruments qui peuvent être remplacés avantageusement par un scarificateur et une fine curette. On a recommandé dans le même but des pulvérisations répétées des parties malades avec un pulvérisateur à vapeur (J. Startin), le massage local dont nous avons parlé à propos des comédons, etc.

Dans certains cas on doit pratiquer de temps en temps le curettage et le nettoyage complet des régions acnéiques pendant tout le cours de la curation, tous les dix ou quinze jours, par exemple. Mais ce n'est pas là ce que l'on est convenu d'appeler à proprement parler le *traitement chirurgical de l'acné*.

Celui-ci consiste en cautérisations avec le fer rouge ou avec l'aiguille électrolytique, ou bien en scarifications. On ne doit appliquer ces procédés que lorsque tous les autres moyens ont échoué, et lorsqu'il existe des indurations profondes et rebelles.

Dans ces cas on peut pratiquer la cautérisation directe de toutes les papulo-pustules dès qu'elles apparaissent avec la pointe fine du thermocautère ou mieux de l'électrocautère ; ou bien encore introduire dans leur intérieur une aiguille à électrolyse formant le pôle négatif, et faire passer pendant vingt ou trente secondes un courant de cinq milliampères (voir pour la *Technique* les *Généralités* et l'article *Hypertrichose*). On peut aussi les ponctionner soit avec le scarificateur à arrêt de Hébra, soit avec le scarificateur à lupus (modèle Vidal).

Ce dernier auteur conseille même dans les acnés qu'aucun topique ne peut modifier de faire de nombreuses séances successives (à six ou huit jours d'intervalle) de scarifications linéaires quadrillées, pratiquées de manière à atteindre les glandes sébacées, et à ne pas diviser les téguments dans toute leur hauteur, pour ne pas laisser de cicatrices (voir article *Couperose*).

Ce sont là des moyens modificateurs d'une extrême puissance, qui font souvent disparaître l'élément acnéique contre lequel on les emploie ; mais qui, à l'exception peut-être des scarifications fort étendues, ont l'inconvénient de n'agir que sur un point limité et de ne prévenir en rien la formation de nouvelles pustules dans le voisinage. Aussi conseillons-nous, quand nous y avons recours, de faire simultanément sur tous les points non opérés de la figure des lotions à l'eau chaude alcoolisée, au savon noir et à l'alcool camphré. Nous sommes, pour notre part, convaincus que les scarifications linéaires quadrillées agissent surtout dans ces cas en modifiant la vascularisation des régions traitées.

Massage. — En parlant du traitement des comédons nous avons déjà indiqué les avantages que l'on peut retirer dans l'acné d'un massage des téguments méthodiquement fait (voir *Généralités*).

Nous devons aussi dire quelques mots d'une nouvelle méthode préconisée par Moschcowitz et qui consiste à appliquer sur les surfaces malades des ventouses à poire en caoutchouc de 2 à 4 centimètres de diamètre. On fait un vide assez faible pour que la ventouse se détache facilement. Toutes les minutes ou toutes les deux minutes on enlève la ventouse, puis on la replace, et ainsi de suite pendant une heure. On fait une séance par jour. Au bout de deux à cinq séances la région ainsi traitée s'améliorerait.

Radiothérapie. — Depuis les premières publications de Gautier, de Paris, en 1897, sur le traitement de l'acné vulgaire et rosacée par la *radiothérapie*, on a traité de nombreux malades par cette méthode. Elle donne dans la majorité des cas, mais pas toujours, de bons résultats. D'après nous, on doit s'en servir dans les

formes rebelles; quand on s'y résout on emploie des rayons peu pénétrants (n° 5 du radiochromomètre de Benoist) et on en fait absorber de 2 à 5 H par séance; il faut éviter avec soin les radiodermites sérieuses et protéger les cils et les sourcils. Il est possible que les rayons X agissent ici en produisant un certain degré d'atrophie des glandes sébacées (Török et Schein), ou en provoquant la desquamation des téguments (Freund).

Eaux minérales. — On a préconisé quantité d'eaux minérales contre l'acné. Les eaux minérales purgatives ou laxatives, telles que Montmirail, Aulus, Brides, Chatelguyon, etc..., peuvent trouver leur indication chez les acnéiques disposés à la constipation. Aux lymphatiques et aux strumeux on a recommandé les eaux chlorurées sodiques, comme Kreuznach, Salins, les eaux chlorurées sulfurées, comme Uriage, Aix-la-Chapelle, les eaux sulfurées calciques et sodiques, comme Saint-Honoré, Allevard, Barèges, Cauterets, Luchon, Ax, etc...; aux goutteux les eaux bicarbonatées sodiques, comme le Boulou, Royat, Vals, Vichy; aux dyspeptiques, Pougues et les sources précédentes; aux anémiques, Forges-les-Eaux, Renlaigue, Renaison, Chabetout, Orezza, etc.; dans presque tous les cas, la Bourboule.

Les eaux minérales ont été employées également en applications locales, en pulvérisations, douches, ou bains. Parmi celles qui sont le plus efficaces à ce point de vue, nous citerons en première ligne les eaux sulfureuses fortes pyrénéennes, comme Barèges, Luchon, Cauterets, Ax; viennent ensuite Uriage, Aix-la-Chapelle, Saint-Honoré-les-Bains, Enghien, puis Louèche, la Bourboule, Royat, etc...

Marche à suivre dans le traitement local d'un acnéique. — Il faut se souvenir de l'existence de deux grandes variétés d'acnéiques au point de vue pratique, les uns à peau fine et irritable chez lesquels il faut surtout instituer un traitement interne et ne prescrire, au moins tout d'abord, que des topiques peu énergiques; les autres à peau épaisse et rude, peu sujette aux poussées inflammatoires, chez lesquels le traitement local doit être institué dans toute sa rigueur. Cependant, même dans ces cas, il ne faut pas d'emblée recourir à des topiques trop violents : on peut s'exposer ainsi à de graves mécomptes : on doit procéder avec précaution, aller graduellement des préparations faibles, si elles ne sont pas efficaces, aux préparations fortes, tâter la susceptibilité des téguments du malade, et le préparer en quelque sorte aux moyens énergiques.

Il arrive en effet souvent que l'on est consulté par des acnéiques, des femmes surtout, qui ont déjà été traités et qui se présentent avec un visage enflammé, couvert d'une éruption assez complexe dans laquelle on remarque quelques pustules d'acné, de la couperose ou de la séborrhée, et une irritation eczématiforme des téguments. Ils rentrent d'ordinaire dans la catégorie des acnéiques irritables, ont la peau assez fine, et ont presque toujours subi l'action de préparations de sublimé, plus rarement de préparations fortes de soufre renfermant de l'alcool. Dans ces cas, on doit tout d'abord calmer la poussée inflammatoire par des lotions avec de la décoction de têtes de camomille, de fleurs de sureau ou de racines de guimauve, par des pulvérisations tièdes et des applications de pommades calmantes, soit de cold-cream, soit de pâtes à l'oxyde de zinc, au besoin même par des cataplasmes de fécule de pomme de terre tièdes. Au bout de quelques jours, l'irritation artificielle des téguments a disparu, et l'on peut apprécier le degré et la nature réelle du mal.

Voici le schème du traitement local :

1° Ne se servir pour se laver la figure que d'eau ayant bouilli, aussi chaude que

possible, pure, ou mieux additionnée d'eau de Cologne ou de quelques gouttes de teinture de benjoin.

2° Passer, après chaque lavage, sur les parties malades, de l'ouate hydrophile imbibée d'alcool boriqué ou d'eau-de-vie camphrée. Les pulvérisations faites une ou deux fois par jour pendant cinq à quinze minutes chaque fois soit avec de l'eau boriquée, soit avec une eau sulfureuse naturelle ou artificielle, sont un excellent moyen curatif.

Quand les téguments ne sont pas irritables : — 3° Faire savonner tous les soirs ou tous les deux soirs, suivant l'état de la peau, les parties malades avec de l'eau chaude et du savon à l'ichtyol ou du savon de potasse; se servir pour cela d'un petit tampon de flanelle ou d'ouate hydrophile, et frictionner plus ou moins longtemps, plus ou moins fortement suivant les susceptibilités individuelles.

4° Après ce savonnage, faire appliquer pour la nuit sur les parties malades une couche des pommades actives au camphre, résorcine, soufre et savon noir, ci-dessus formulées, en commençant par prescrire les doses les plus faibles, puis en les augmentant progressivement, si elles sont bien tolérées ; — ces pommades doivent causer une sensation de brûlure pendant quinze à vingt minutes, puis cette sensation doit se dissiper; — elles doivent rider quelque peu les téguments, et déterminer même une légère desquamation; si elles brûlent pendant plusieurs heures, si surtout elles causent l'apparition d'une vive rougeur ou d'une éruption artificielle, c'est qu'elles sont trop fortes, et, dans ce cas, il faut les étendre de vaseline, ou bien c'est qu'elles ne sont nullement supportées, et dans ce cas, il faut les changer, à moins que l'on ne veuille faire la cure d'exfoliation :

5° Le lendemain matin, après la toilette, appliquer sur les points malades une couche légère de la pommade suivante :

Acide salicylique	25	centigrammes.
Soufre précipité	75	—
Oxyde de zinc	4	grammes.
Vaseline pure	8	—
Lanoline pure	6	—

(Supprimer le soufre dans cette pommade si elle cause la moindre irritation).

Poudrer par-dessus avec de la poudre d'amidon pure ou mélangée d'un peu de lycopode si l'on veut la rendre moins blanche.

6° Prendre un bain sulfureux une ou deux fois par semaine.

Si l'acné inflammatoire se complique de séborrhée huileuse intense de la face, il est bon de faire alterner pendant la nuit, les applications de pommades, avec des applications de ce que l'on appelle vulgairement la lotion soufrée (voir ci-dessus) :

On l'agite violemment avant de s'en servir, on l'applique avec un petit tampon d'ouate sur les parties malades, de manière à ce qu'on ait, après évaporation, une couche légère de soufre sur les téguments; on la laisse en place toute la nuit.

Quand le malade ne supporte pas le soufre, le remplacer par des préparations mercurielles, naphtolées ou résorcinées, par exemple :

1° Faire les savonnages avec du savon au bichlorure d'hydrargyre;

2° Lotionner avec de l'ouate hydrophile imbibée d'une solution alcoolisée de bichlorure au 1/250 (voir ci-dessus).

Couper d'abord cette solution de moitié eau chaude, puis diminuer peu à peu la quantité d'eau, et arriver à l'employer pure; dans ce cas la faire chauffer.

3° Comme pommade, employer une pommade au calomel au 1/40 ou au 1/20 sui-

vant l'irritabilité des téguments, ou bien une pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre, au biiodure, etc...

II. — ACNÉ ROSACÉE OU COUPEROSE

D'après ce que nous avons dit dans nos tableaux d'ensemble, l'*acné rosacée* comprend les variétés suivantes :

A. *Couperose télangiectasique.*

B. *Couperose à forme mixte télangiectasique et acnéique.*

C. *Acné hypertrophique ou rhinophyma.*

D. Peut-être la forme objective décrite dans ces derniers temps sous le nom de: *Éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face.*

Vue d'ensemble. — *L'acné rosacée* (*acné rosée, acné érythémateuse, couperose, rosacea, gutta rosacea, gutta rosea, etc...*) est essentiellement caractérisée par deux éléments : 1° par une congestion chronique du visage, qui évolue d'ordinaire par poussées fluxionnaires sous l'influence d'une foule de causes occasionnelles, et d'où résultent des dilatations vasculaires; 2° par une altération des glandes vasculaires ; 2° par une altération des glandes cutanées, d'où production de séborrhée, d'acné inflammatoire, et de toutes leurs conséquences.

Les types cliniques que l'on est convenu de ranger sous le nom de couperose sont des plus variables. Certains ne nous semblent pas du tout pouvoir rentrer dans les acnés proprement dites; nous ne les étudions ici que pour faciliter l'exposé du traitement qui, dans toutes ces variétés, est pour ainsi dire le même que celui des variétés acnéiques vraies.

Les sièges de prédilection de la couperose sont les pommettes et le nez, mais on l'observe aussi très souvent sur le front, sur le menton, autour des ailes du nez, sur les parties latérales des joues, beaucoup plus rarement sur les parties voisines du cou. C'est sur les régions glabres du visage qu'elle se développe, aussi est-ce surtout chez les femmes qu'elle envahit le menton.

La plupart des dermatologistes décrivent, suivant l'intensité et la profondeur des lésions, trois phases à cette affection. Il y a en effet des malades qui passent réellement par ces trois phases, mais tous ne le font pas : c'est-à-dire que les lésions de la 1re et de la 2e phase peuvent exister seules, sans qu'il se développe nécessairement les lésions de la deuxième ou de la troisième phase. En un mot, les trois phases de la maladie doivent être considérées dans beaucoup de cas comme des formes distinctes; c'est ainsi pour notre part que nous les comprenons.

Symptômes. — *A.* Première forme : érythémateuse et télangiectasique[1].

Première période ou premier degré. — Dans une première période, le malade voit se produire des taches congestives assez passagères vers le visage : à leur niveau la température locale semble être au-dessus de la normale : elles se développent surtout le soir et après les repas. Ces taches congestives peuvent exister seules. Elles coïncident presque toujours avec un degré plus ou moins accentué de séborrhée, vers le nez en particulier : cette partie du visage est en effet fort sou-

[1] La couperose télangiectasique ne doit pas être confondue avec les télangiectasies simples de la face : celles-ci sont caractérisées par ce fait qu'elles ne coïncident pas avec la séborrhée et ne se compliquent jamais de papulo-pustules acnéiques. Elles ont souvent d'étroites relations avec la kératose pilaire érythémateuse.

vent huileuse chez ces personnes. C'est la *phase purement érythémateuse* de la dermatose.

Deuxième période ou deuxième degré. — Peu à peu, sous l'influence de ces poussées inflammatoires qui se répètent sans cesse, on voit se produire sur les pommettes ou sur le nez des dilatations vasculaires, peu marquées d'abord, à peine perceptibles, sous la forme de petits points ou de petites traînées rouges : à ce degré elles sont souvent considérées comme un élément de beauté. Puis elles se développent graduellement, augmentent de volume, de nombre, s'anastomosent et finissent par donner naissance à un réseau plus ou moins serré, plus ou moins visible de télangiectasies ou de varicosités vasculaires, d'un rouge vif qui de loin a l'apparence d'une nappe d'un rouge uniforme, mais qui est réellement constitué par des plaques plus ou moins congestives sur lesquelles courent les arborisations que nous venons de décrire.

L'affection peut évoluer en conservant ce seul et unique caractère, et l'on devrait, ce nous semble, ranger bien plutôt ces faits dans les télangiectasies que dans les acnés. Cependant cette forme télangiectasique pure se complique presque toujours de séborrhée, de tuméfaction du nez, de dilatation des orifices des glandes sébacées. Ces lésions s'observent fréquemment chez les femmes, surtout aux approches de la ménopause. Elles peuvent aussi, comme l'a fait remarquer Hébra, se rencontrer chez les hommes, en particulier chez les alcooliques buveurs de vin.

Les altérations se circonscrivent dans certains cas au nez, qui rougit, gonfle légèrement, se couvre de télangiectasies et d'un enduit huileux à reproduction incessante, présente même une certaine dilatation des orifices sébacés, donne au toucher une sensation marquée d'abaissement de température, et prend parfois une teinte d'un rouge violacé ou bleuâtre.

Cette première forme a d'étroites relations avec l'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face (voir plus loin).

Fig. 201. — Acné couperosique, variété mixte, papulo-pustuleuse et télangiectasique.

B. Deuxième forme : acné érythémateuse ou acné rosacée vraie.

Premier degré. — Cette forme est le plus souvent consécutive à la précédente. Sur l'élément simplement érythémateux et congestif préexistant se développe l'élément acnéique vrai composé de papules et de papulo-pustules plus ou moins volumineuses qui apparaissent par poussées subintrantes ou successives. Dès lors, il s'établit une sorte de cercle vicieux : l'inflammation acnéique favorise les poussées congestives vers le visage et la production des dilatations vasculaires, et réciproquement la congestion chronique des téguments favorise la production de l'acné et l'induration de la base des pustules.

Dans la couperose, l'acné est donc presque toujours secondaire : elle peut néanmoins, dans quelques cas, être primitive : le derme qui sert de base aux éléments acnéiques se congestionne sous l'influence de ces petites inflammations répétées; il

se produit des plaques érythémateuses sur lesquelles se développent d'autres pustules, et la couperose est constituée : parfois il est bien difficile de dire lequel des deux éléments a précédé l'autre : les rougeurs congestives et l'acné se sont développées simultanément. Il est d'ailleurs possible de voir l'acné couperosique succéder chez le même sujet à l'acné juvénile.

Ce premier degré de notre deuxième forme est en réalité l'acné rosacée typique.

On y trouve combinés les deux éléments qui la constituent : 1° une base rouge congestive avec fines dilatations vasculaires commençantes; 2° des lésions acnéiques qui consistent en des papulo-pustules de dimensions diverses, parfois miliaires[1], parfois volumineuses, reposant assez souvent sur une base indurée, d'un rouge violacé, en des papules non suppurées à évolution fort lente, enfin en de véritables indurations encore assez superficielles.

Deuxième degré. — Dans un deuxième degré, tous ces éléments se sont accentués : 1° les dilatations vasculaires sont devenues fort nombreuses et constituent de grosses arborisations (*couperose variqueuse*); 2° les indurations acnéiques se sont étendues et ont gagné en profondeur (action formatrice défigurante de Hébra). Sous l'influence des congestions incessantes qui se produisent, le derme prolifère et peu à peu s'hypertrophie.

La maladie tend alors à passer à la troisième forme. Les orifices des conduits excréteurs des glandes sébacées sont fort dilatés : les glandes elles-mêmes subissent un processus d'hypertrophie tel qu'elles peuvent devenir dix à quinze fois plus volumineuses qu'à l'état normal. Tout autour d'elles les tissus ont proliféré et donné naissance à une pachydermie.

C. Troisième forme : acné hypertrophique ou rhinophyma[2].

Les parties atteintes sont d'un rouge plus ou moins vif, souvent violacé; elles sont inégales, mamelonnées, criblées d'orifices glandulaires géants; elles ont augmenté dans des proportions telles qu'il en résulte les difformités les plus inattendues; le nez peut acquérir le volume du poing, descendre sur les lèvres, tomber même jusqu'au menton; tantôt il est régulièrement hypertrophié, tantôt il ne l'est que dans une certaine étendue, d'où les variétés les plus bizarres d'aspect. Les régions voisines des joues et du front présentent parfois des lésions analogues, quoique d'ordinaire bien moins accentuées.

Fig. 202. — Acné couperosique ; variété rhinophyma au début.

Dubreuilh distingue deux formes cliniques suivant que l'hypertrophie des tissus atteint le nez et les parties voisines d'une manière presque uniforme, ou suivant qu'un lobule du nez prend un développement exagéré par rapport au reste de l'organe.

A leur niveau, la peau peut presque avoir sa coloration naturelle, et dans ces

[1] Voir plus loin la description de l'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face.

[2] Voir le mémoire de G.-W. Wende. Rhinophyma, A Pathological analysis of five separate tumors occuring in the same patient. *Transactions of the Amer. Dermat. Association*, 1904, p. 15.

cas il n'y a pas en réalité d'acné inflammatoire, il n'y a plus qu'un processus néoplasique. Souvent aussi les téguments sont fortement colorés et présentent des pustules acnéiques de volumes divers. La peau a d'ordinaire une consistance mollasse. Il est possible par la pression de faire sourdre de nombreux et volumineux filaments vermiculés de matière grasse, et parfois du pus tenant à ce que certaines glandes sont infectées et enflammées.

Anatomie pathologique. — Comme nous l'avons dit plus haut, l'acné hypertro-

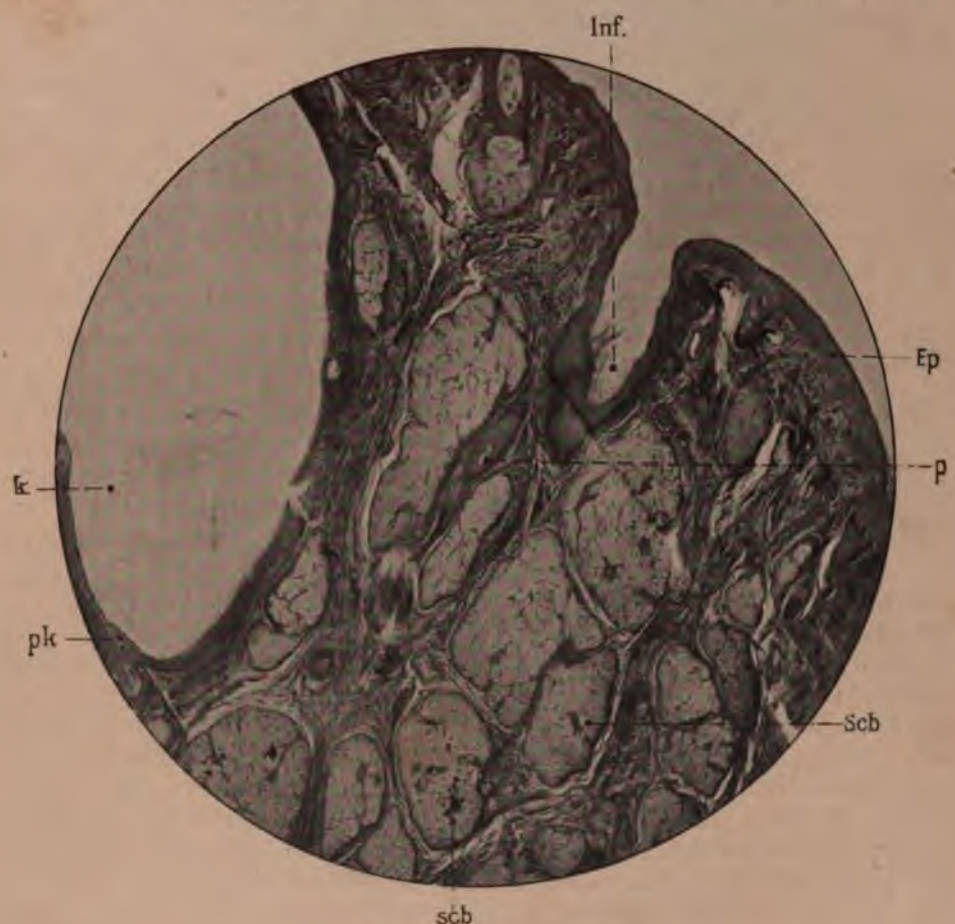


Fig. 203. — Rhinophyma.

Ep, épiderme de recouvrement. — *Inf*, infundibulum pilo-sébacé dilaté. — *p*, poil. — *Scb*, glandes sébacées considérablement augmentées et multipliées. — *k*, kyste développé dans le fond d'un infundibulum. — *pk*, paroi de ce kyste. La structure de cette paroi est nettement épidermique.

phique est constituée par la réunion de deux éléments : 1° L'hypertrophie colossale des glandes sébacées; 2° Celle du tissu conjonctif interstitiel. D'après la prédominance de l'un ou de l'autre de ces éléments, E. Vidal et Leloir ont voulu distinguer une *variété glandulaire*, et une *variété éléphantiasique*.

Les glandes sébacées ont d'après Dubreuilh (*Annales de Dermatologie*, nov. 1903, p. 788) une structure normale; mais elles sont énormes : elles sont visibles à l'œil nu sous forme de points blancs sur une coupe; elles peuvent envahir les tissus

jusqu'à 1 ou 2 centimètres de profondeur : leur hypertrophie semble être la lésion primitive. Çà et là se voient aussi des kystes à contenu graisseux dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois.

Le tissu conjonctif est relativement peu développé dans le rhinophyma au début ; il prend au contraire une grande importance dans les tumeurs volumineuses. Il est constitué par du tissu conjonctif fin, bien formé, peu serré. Le tissu élastique est peu abondant. Les éléments cellulaires sont d'importance variable suivant les cas : on y trouve, d'après Dubreuilh, des cellules conjonctives fusiformes, quelques cellules plasmatiques, et un grand nombre de Mastzellen.

« Les lésions inflammatoires se voient surtout autour des conduits excréteurs revêtus d'épiderme, mais jamais autour des lobules glandulaires. Elles sont constituées par une infiltration très dense et bien limitée de cellules mononucléaires entourant le conduit ou formant un placard sur l'une de ses faces. Quand l'inflammation est plus vive, les lymphocytes font place à des polynucléaires qui constituent de véritables abcès miliaires. L'épiderme du conduit est infiltré de leucocytes migrateurs ou même détruit par places et le pus envahit la cavité du kyste ou du conduit. » (Dubreuilh, *loc. cit.*, p. 791-792.)

Les vaisseaux sanguins sont nombreux et ramifiés ainsi que les lymphatiques.

Il est difficile, d'après Dubreuilh, de dire si le processus morbide débute par les vaisseaux, par les glandes ou par le tissu conjonctif.

Diagnostic général de la couperose. — Les détails dans lesquels nous venons d'entrer permettront presque toujours de reconnaître la couperose variqueuse, l'acné rosacée et l'acné hypertrophique. La coïncidence de petits éléments papulo-pustuleux miliaires superficiels à évolution rapide fera porter le diagnostic d'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante. Cette forme morbide peut d'ailleurs exister à l'état pur.

Voici quelles sont les affections qui simulent parfois ces dermatoses :

Le *lupus érythémateux* (ou mieux l'érythème centrifuge symétrique) (voir ces mots), dans ses formes congestives superficielles, peut être assez difficile à différencier de la couperose. Cependant la rougeur du lupus érythémateux est d'ordinaire plus vive, plus en plaques ; il y a à sa surface quelques croûtes ou squames adhérentes ; ses bords sont plus nets, mieux arrêtés que ceux de la couperose qui sont d'ordinaire diffus ou pour mieux dire qui n'existent pas : le lupus érythémateux est plus sensible à la pression et fait toujours une saillie, quelque légère qu'elle soit, sur les téguments : si l'on trouve en un endroit quelconque de la lésion une cicatrice, la question est jugée : il s'agit bien d'un lupus érythémateux.

La *kératose pilaire* (voir ce mot) en diffère par ses localisations sous-malaires, pré-auriculaires, qui sont en quelque sorte l'inverse de celles de la couperose, par le fin granité qui hérisse les plaques érythémateuses et télangiectasiques, par l'absence de séborrhée au niveau des endroits atteints [1].

Les *adénomes sébacés congénitaux* (voir ce mot) s'en distinguent par leur localisation si spéciale, par leur aspect mamelonné, par leur début dans le jeune âge, par leur évolution.

Les *séborrhéides* sont parfois très difficiles à reconnaître. Dans certains cas il est impossible de préciser si l'on se trouve en présence d'un eczéma acnéique ou séborrhéique de la face, ou bien d'une acné eczématique (E. Besnier). Le problème

[1] Ne pas oublier que dans la kératose pilaire érythémateuse de la face il y a souvent de la séborrhée au niveau du nez et des sillons naso-géniens.

est d'autant plus insoluble que le cuir chevelu de ces malades présente presque toujours du pityriasis, ou des parakératoses psoriasiformes.

Le *psoriasis* de la région centrale de la face peut aussi donner lieu à de très grandes difficultés de diagnostic. Les plaques érythémateuses qui le caractérisent sont mieux limitées, deviennent plus facilement squameuses par le grattage : mais c'est surtout la coexistence d'éléments typiques de psoriasis en une autre région du corps qui permettra de sortir d'incertitude.

Les *engelures* du nez et des joues simulent parfois la couperose à s'y méprendre. La variabilité des accidents, les symptômes douloureux, l'examen attentif des parties malades permettront de faire la distinction.

Certaines *lésions syphilitiques acnéiformes* du nez peuvent être confondues avec l'acné rosacée, mais le mode de groupement des éléments éruptifs, la longue durée de leur évolution, leur tendance à l'ulcération et aux cicatrices consécutives, l'insuccès complet des médications acnéiques pures mettront sur la voie du diagnostic : cependant parfois la question est presque insoluble et ne peut se trancher que par une médication antisyphilitique des plus énergiques avec les injections mercurielles.

Étiologie générale de la couperose [1]. — Les formes purement érythémateuses et télangiectasiques et les formes acnéiques de la couperose s'observent chez les hommes et chez les femmes ; mais ces dernières semblent y être plus prédisposées. L'acné hypertrophique est au contraire l'apanage presque exclusif du sexe mâle.

Chez la femme, la couperose variqueuse se développe d'ordinaire entre trente et quarante-cinq ans : elle subit une augmentation marquée aux approches de la ménopause. Chez elle, ce sont surtout les causes constitutionnelles que l'on doit incriminer. L'homme peut également voir la couperose et l'acné hypertrophique survenir entre trente et quarante ans, mais ce sont surtout les causes occasionnelles qui agissent chez lui.

L'hérédité a une influence incontestable sur l'apparition de cette affection : les enfants des couperosiques, des arthritiques (goutteux et rhumatisants) peuvent en être atteints dès leur puberté et même plus tôt : elle est alors la première manifestation de leur disposition diathésique. Moins fréquente chez les strumeux, elle revêt chez eux un aspect un peu spécial : les rougeurs ont une teinte violacée, les pustules acnéiques sont plus volumineuses, plus suppurées, et déterminent un processus formateur d'induration dermique plus accentué. Presque toujours d'ailleurs dans ces cas on retrouve des autointoxications chez les ascendants, et l'on est en réalité en présence d'hybridités diathésiques.

Ici encore, comme dans l'acné inflammatoire (voir ce mot), nombre de troubles de la santé générale interviennent pour activer les poussées congestives faciales et aggraver la dermatose.

Ce sont : le froid aux pieds, les affections uréthrales et utérines, et surtout ces dernières qui, pour beaucoup de dermatologistes, ont une importance vraiment capitale, la constipation habituelle, l'entérite muco-membraneuse, les digestions difficiles, les migraines, les névralgies, etc... Le travail assidu, la tête penchée, semble y prédisposer.

[1] Voir plus loin ce que nous disons à propos de l'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face, dont nous avons tenu à exposer à part l'étiologie, car c'est une forme morbide vraiment spéciale.

Les *causes occasionnelles* qui facilitent le développement de la couperose sont des plus nombreuses : citons d'abord toutes les influences extérieures qui agissent localement sur le visage en l'irritant, le vent violent, et par suite le séjour au bord de la mer, le froid vif, et par suite les climats froids, l'eau froide, le feu, les appartements surchauffés, l'éclairage au gaz, et toutes les professions qui exposent à l'action continue d'une de ces causes, cochers, marchands ambulants, boulangers, verriers, forgerons, chauffeurs, etc... Quelques auteurs ont incriminé l'usage des cosmétiques. Les corsets qui compriment l'estomac, et les cols rigides qui serrent le cou favorisent d'une manière notable chez la femme le développement de l'affection.

La deuxième grande classe des causes occasionnelles comprend les aliments nuisibles : en première ligne on doit mettre l'alcool, ou, pour mieux dire, toute la série si toxique des alcools. Cette notion est d'ailleurs tombée dans le domaine public avec quelque exagération, car on a vu l'affection se développer chez des sujets qui ne buvaient que de l'eau. Bornons-nous à dire que, d'après Kaposi, le nez des buveurs de vin est d'un rouge vif, celui des buveurs de bière cyanotique ou violet, celui des buveurs d'alcool mou, volumineux et d'un bleu sombre.

Les lésions chroniques des fosses nasales prédisposent à la couperose comme elles prédisposent à l'acné simple. Certains auteurs ont voulu expliquer le développement des télangiectasies de la face par des troubles circulatoires tenant à la compression des veines dans les trous craniens. Il faut souvent incriminer un certain état parétique des parois vasculaires. Ces varices du visage doivent reconnaître des causes analogues à celles (si complexes) qui produisent les varices des membres inférieurs. On doit tenir compte aussi dans leur genèse de la kératose pilaire (voir ce mot).

Il ne faut pas croire que la couperose ait une marche fatale et subisse dans tous les cas un accroissement constant. Elle peut s'arrêter, persister à l'état stationnaire, parfois même rétrocéder, surtout après la ménopause chez les femmes.

Traitement de la couperose en général.

Traitement interne. — Nous renvoyons pour ce chapitre au traitement général de l'acné inflammatoire. C'est surtout dans la couperose qu'il est indispensable de se conformer avec la dernière rigueur aux préceptes que nous y avons donnés sur le régime, sur le bon fonctionnement du tube digestif, de l'estomac et des intestins, sur la nécessité qu'il y a à ranimer la circulation des membres inférieurs, à régulariser les fonctions des organes génito-urinaires, et à soigner leurs affections s'il en existe.

On a voulu faire jouer dans le traitement de la couperose le principal rôle aux purgatifs : sans aller jusque-là, nous sommes convaincus qu'il est absolument nécessaire de purger de temps en temps les couperosiques, de leur administrer fréquemment des laxatifs, et de leur recommander de ne jamais être constipés.

Tout ce qui peut provoquer la congestion du visage doit être soigneusement évité : les malades ne porteront pas de cols ou de corsets trop serrés; ils ne se livreront pas à des travaux intellectuels trop prolongés; ils ne resteront pas à côté d'une source lumineuse dégageant beaucoup de chaleur comme les lampes à gaz ou à pétrole.

On se conformera également pour l'acné rosacée aux préceptes généraux que nous avons donnés au chapitre de l'*Acné inflammatoire* à propos de la constitution des malades.

Ajoutons cependant qu'ici ce sont surtout les auto-intoxications et les intoxications qui dominent comme élément étiologique.

Aussi prescrivons-nous souvent les eaux minérales combinées de la manière suivante : huit jours par mois de l'eau de Vichy (source des Célestins) à la dose d'une demi-bouteille par jour ; — pendant dix jours par mois, de l'eau de Contrexéville (Pavillon) ; le reste du temps de l'eau ordinaire ou bien de l'eau de Vals (Saint-Jean) ou de l'eau de Royat (Saint-Mart).

Dans la couperose avec bouffées de chaleur congestives du côté de la face il nous a semblé utile de donner la quinine, l'ergotine, la belladone, la digitale, l'hamamelis de Virginie, associées ou non à un peu d'alcoolature de racine d'aconit. Ces divers éléments peuvent être combinés de toute façon. Voici une formule de cachets que nous donnons souvent aux couperosiques constipés qui ne sont pas hémorroïdaires et qui n'ont pas de métrorragies (supprimer l'aloès qu'ils contiennent si ces deux états morbides existent).

Prendre trois semaines sur quatre (cesser pendant la semaine des règles) à chaque repas un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude	ãã 20 centigrammes.
Phosphate de soude	
Carbonate de magnésie.	
Poudre de cascara sagrada	
Extrait sec d'hamamelis	2 —
Aloès socotrin	de 3 à 5 —

Pour un cachet.

Les autres médicaments internes que nous avons signalés à propos de l'acné inflammatoire ont été recommandés et donnés avec des succès très divers dans la couperose.

Traitement local. — Les agents thérapeutiques locaux que l'on emploie contre la couperose sont à peu près ceux que nous avons étudiés à propos de l'acné inflammatoire. Les mêmes formules peuvent souvent servir. Il y a cependant certaines différences que nous allons tâcher de mettre en lumière. Dans la couperose plus encore que dans l'acné inflammatoire il y a des variétés irritables, qui ne peuvent supporter que des topiques peu énergiques. On devra donc dans ces cas ne procéder qu'avec beaucoup de prudence.

Le principe de presque toutes les médications locales vraiment efficaces consiste à provoquer des poussées inflammatoires plus ou moins vives selon les cas et les exigences de la vie ; plus elles sont intenses, plus l'amélioration consécutive sera marquée : néanmoins elles ne doivent pas dépasser certaines limites : lorsque les téguments sont d'un rouge vif, tuméfiés, douloureux, on cesse les applications irritantes pendant quelque temps ; on calme par des topiques émollients tels que des cataplasmes de fécule de pomme de terre à peine tièdes, du cold-cream, de l'axonge fraîche, de la vaseline, une pommade faible à l'oxyde de zinc, des pulvérisations, etc... Quand la poussée inflammatoire est calmée, on recommence à faire nuit et jour, si c'est possible, ou seulement pendant la nuit, les applications irritantes, et ainsi de suite. Nous allons suivre pas à pas ce que nous avons écrit pour l'acné inflammatoire, et nous nous bornerons à indiquer les quelques modifications que doit subir le traitement externe de cette dermatose pour être complètement applicable à la couperose.

Les malades atteints de couperose ne devront employer pour se laver le visage que de l'eau aussi chaude que possible.

Traitement par les mercuriaux. (Voir chapitre de l'*Acné inflammatoire.*) — Outre les procédés indiqués, Bazin prescrivait une pommade contenant de 50 centigrammes à 1 gramme de biiodure de mercure pour 30 grammes d'axonge. La pommade de Rochard renferme de 15 à 75 centigrammes d'iodochlorure mercureux pour 30 grammes d'axonge : trois jours de suite on enduit les régions malades avec cette préparation, la peau s'enflamme, il se forme des croûtes, puis la poussée se calme, la surface pâlit, et l'on constate de l'amélioration. Ce procédé n'est pas mauvais, mais il réclame beaucoup de surveillance.

Traitement par le chlorhydrate d'ammoniaque. (Voir *Acné inflammatoire.*) — Pour la couperose, il est bon que les compresses trempées dans les mélanges prescrits et recouvertes d'un enduit imperméable restent aussi longtemps que possible en application sur les parties malades jusqu'à irritation très vive des téguments. On cesse alors de les employer ; on calme par un des procédés que nous avons indiqués, puis on revient aux compresses et ainsi de suite.

Traitement par les sulfureux. (Voir *Acné inflammatoire.*) — Les préparations soufrées (lotions, poudres et pâtes) sont pour beaucoup de dermatologistes les topiques par excellence de l'acné rosacée vraie. On les applique ainsi qu'il a été dit. Il est bon d'employer des préparations assez énergiques pour déterminer un certain degré d'irritation des téguments. Aussi recommandons-nous tout spécialement les pâtes soufrées mélangées de savon noir (voir *Acné inflammatoire*).

On a fort vanté en Amérique, dans les cas de moyenne intensité, la solution de Vleminckx (voir *Gale*) coupée d'abord de 5 parties d'eau, puis peu à peu employée pure en applications quotidiennes ou biquotidiennes de quelques minutes de durée, suivies de lavages à l'eau très chaude.

Cependant nous devons signaler que chez beaucoup de personnes, après trente ans, la figure supporte mal le soufre. Cette particularité est surtout fréquente quand il s'agit de notre quatrième forme. On devra chez ces sujets employer de préférence les préparations de savon noir, camphre et résorcine.

Traitement par le savon noir. — Dans les cas rebelles c'est le topique qui seul ou associé au soufre, à la résorcine, au camphre et au naphtol, nous a donné les meilleurs résultats dans la couperose. On peut se borner à l'employer comme dans l'acné inflammatoire. On doit même commencer ainsi. Mais si l'on voit que la peau le tolère bien, il faut recourir à ce qu'on appelle les emplâtres de savon noir.

Pour les faire, on prend un morceau de flanelle taillé sur le patron des parties malades : on mélange le savon noir d'un peu d'alcool pour le rendre plus maniable, et on l'étale sur le morceau de flanelle en couches de l'épaisseur du dos d'une lame de couteau. Puis on applique l'emplâtre ainsi fait, et on le laisse en place le plus longtemps possible, toute la nuit si on peut le supporter. Le lendemain matin on l'enlève, on lave avec de l'eau très chaude. Si la peau n'est pas trop irritée et trop douloureuse, et si les occupations du malade le permettent, on met un nouvel emplâtre pendant la journée ; on le renouvelle le soir, et ainsi de suite jusqu'à ce que la tuméfaction et l'inflammation des téguments empêchent de continuer : ce qui se produit d'ordinaire assez tôt, souvent dès le premier ou le deuxième emplâtre. S'il est impossible de faire les applications pendant le jour, on peut ne rien mettre sur les régions traitées ; il vaut mieux toutefois les recouvrir d'une pâte à l'oxyde de

zinc dans laquelle on incorpore ou non un 1/20 de borate de soude ou quelques gouttes de teinture de benjoin pour aromatiser.

Il en est d'ailleurs pour le savon noir comme pour les autres topiques; lorsque l'inflammation produite est jugée trop vive, on calme, puis on recommence. Quand on a fait usage pendant vingt ou trente jours de l'emplâtre au savon noir, nous conseillons de faire les emplâtres avec un mélange de savon noir et de soufre, puis d'y ajouter soit du naphtol, soit de l'acide salicylique, soit de la résorcine.

Il est possible de graduer comme l'on veut l'intensité de ce traitement en variant la durée des applications, et de le mettre ainsi à la portée de tout le monde. — On le combine parfois avec des applications d'ichtyol; mais cette dernière substance ne nous a pas paru avoir dans la couperose l'efficacité qu'elle a dans certains cas d'acné inflammatoire.

Autres topiques. — Les autres topiques que l'on a préconisés contre la couperose sont innombrables. Citons parmi eux les solutions d'extrait de saturne, de sulfate de zinc, d'alun (une cuillerée à bouche d'une solution d'alun au 1/30 dans un verre d'eau tiède aromatisée avec de la teinture de benjoin ou de l'alcool camphré) (Hardy), les douches de vapeur ou d'eaux sulfureuses; l'acide pyrogallique, les collodions simples ou médicamenteux qui agissent en comprimant les vaisseaux, les traumaticines, la glycérine iodée (Kaposi) que l'on applique pendant trois ou quatre jours deux fois par jour.

Traitement par les agents physiques et par la petite chirurgie. — Le *massage* méthodique de la figure pratiqué tous les soirs par la malade dans le sens de la circulation veineuse nous a presque toujours rendu de grands services dans les couperoses congestives. On le fait avec la pulpe des doigts enduits soit de simple cold-cream frais, soit de pommades à l'extrait d'hamamelis.

Dans l'acné rosacée typique (varicosités et pustules acnéiques), on a conseillé de ponctionner et de vider les pustules, de les cautériser avec une fine pointe de thermo ou de galvanocautère (voir *Acné inflammatoire*).

Contre les varicosités, on a pratiqué en Amérique des cautérisations avec des pointes très fines portées au rouge par l'électricité, ou bien avec une simple aiguille rougie au feu. Hardaway de Saint-Louis les détruit par l'électrolyse : il introduit pour cela une fine aiguille de platine dans les téguments jusqu'à ce qu'elle soit en contact avec le vaisseau; si c'est possible, il la fait glisser dans l'intérieur même du vaisseau parallèlement à la peau, de façon à agir sur toute ou presque toute son étendue : il la met ensuite en relation avec le pôle négatif d'une pile à courants continus; le malade tient à la main un cylindre représentant le pôle positif, et l'on fait passer le courant jusqu'à ce que les tissus soient désorganisés, sans que cependant ils le soient assez pour qu'il se produise une escarre volumineuse. Nous avons expérimenté ce procédé, et nous le trouvons efficace. D'autres auteurs se sont simplement servis de courants galvaniques ou faradiques ordinaires, et en auraient obtenu de bons effets. Un autre bon traitement électrique consiste à faire des applications d'effluves locales de haute fréquence que l'on répète suivant les indications deux ou trois fois par semaine.

On a prétendu que la photothérapie pouvait réussir dans les cas rebelles.

Ces derniers moyens ne sont malheureusement pas à la portée de tous les praticiens à cause des appareils qu'ils exigent ; il n'en est pas de même de la méthode des scarifications sanglantes, qui est à la fois pratique et relativement facile.

On a employé pour les faire nombre d'instruments. Le stichelnadel de Hébra,

composé d'une petite pointe aiguë triangulaire limitée par un arrêt, peut rendre quelques services quand on veut faire des ponctions multiples dans une masse indurée. Il en est de même du scarificateur multiple à seize lames de Balmanno Squire avec lequel on scarifie rapidement de vastes surfaces, et dont la pénétration est limitée à 2 ou 3 millimètres par des ailes latérales. Nous en avons fait construire un modèle stérilisable qui nous est fort utile à l'hôpital quand nous devons couvrir rapidement d'incisions toute une figure.

Pour pratiquer une scarification intelligente et vraiment utile, il faut se servir du scarificateur ordinaire d'E. Vidal (voir *Généralités* pour la description de l'instrument et la manière de s'en servir).

Quand il s'agit des formes érythémateuses et surtout variqueuses pures, nous conseillons vivement, lorsque les malades veulent y consentir, de pratiquer tout de suite les scarifications. Elles seront faites le long des petits vaisseaux, perpendiculaires ou obliques à leur direction, pour les couper et les recouper en tous sens. On les quadrillera comme des hachures de dessin, de façon à former des losanges plus ou moins allongés. Elles seront aussi serrées que possible les unes à côté des autres, à 1 millimètre ou 1 millimètre et demi de distance : leur profondeur sera suffisante pour que les vaisseaux soient bien divisés, jamais assez grande pour que le derme soit intéressé dans toute sa hauteur afin d'éviter la production de cicatrices. On arrête le sang avec de l'ouate hydrophile : on peut aussi le laisser couler si l'état du malade le permet ; mais cette perte de sang n'est pas indispensable pour le succès de la méthode.

Après l'opération, on peut ne rien mettre sur les parties scarifiées : au bout d'une heure, nous conseillons de lotionner avec une solution de sublimé au 1/1 000 ; puis, dès le soir du même jour ou dès le lendemain, on fait des applications, plus ou moins prolongées suivant le degré d'irritation des téguments, de compresses trempées dans une solution de chlorhydrate d'ammoniaque au 1/300 et de sublimé au 1/1 000. Si ces doses sont trop fortes, on ajoute de l'eau chaude. S'il se produit une réaction inflammatoire trop vive, on la calme en faisant des applications de cataplasmes de fécule de pomme de terre froids, de pommades adoucissantes, ou d'emplâtres à l'oxyde de zinc. On recommence l'opération au bout d'un laps de temps qui varie suivant les sujets et suivant les exigences de la vie entre cinq et huit jours. Si les scarifications sont bien faites, il suffit de huit à dix séances pour améliorer le malade, et de quinze à vingt-cinq séances pour le mettre en bon état.

S'il s'agit d'acné rosacée vraie (varicosités et pustules), les scarifications sont encore efficaces, mais on doit, d'après nous, les faire alterner avec quelques-uns des topiques que nous avons mentionnés plus haut : savon noir, soufre, ichtyol, etc... Les scarifications, dans ce cas, doivent être pratiquées un peu plus profondément, de façon à agir sur les glandes cutanées, sans cependant intéresser toute l'épaisseur du derme, car sous aucun prétexte il ne faut s'exposer à laisser des cicatrices.

Enfin, s'il s'agit d'acné hypertrophique au début, les scarifications linéaires quadrillées seront pratiquées beaucoup plus profondes, de façon à arriver jusqu'aux limites du mal, et par suite à 2 ou 3 millimètres de distance. On est souvent obligé dans ce cas de recourir à des moyens beaucoup plus énergiques, aux scarifications ignées, aux cautérisations profondes des glandes avec une pointe rouge, soit cautère actuel (le meilleur), soit thermocautère, soit galvanocautère, de manière à obtenir la destruction des tissus nouveaux.

Nous avons expérimenté avec succès dans les cas d'acné hypertrophique au

début l'électrolyse de chaque follicule sébacé dilaté, pratiquée avec une aiguille de platine formant le pôle négatif d'un courant de 4 à 6 milliampères de force : nous tournons l'aiguille en tous sens dans le follicule pour agir sur toute son étendue : les parties malades se ratatinent, diminuent de volume et blanchissent.

Enfin, si les difformités sont trop accentuées et les hypertrophies trop considérables, il faut recourir à l'ablation directe avec le bistouri. (Voir l'article de Dubreuilh déjà cité : acné hypertrophique du nez et son traitement chirurgical : *Annales de Dermat.*, novembre 1903, p. 792 et l'article de P.-G. Unna. *Deutsche Medicinal Zeitung*, n° 25, 1904, où l'auteur allemand préconise l'ablation au rasoir, sous le chloroforme, de toutes les parties hypertrophiées en ayant soin de ne pas aller trop profondément, car les glandes sébacées simplement sectionnées donnent naissance à un épithélium qui se kératinise rapidement, et on obtient ainsi une cicatrice plane.)

Eaux minérales. — Les eaux minérales naturelles qui ont été préconisées contre la couperose sont des plus nombreuses : ce sont à peu près les mêmes que celles dont on fait usage dans l'acné inflammatoire. Nous devons ajouter qu'au point de vue constitutionnel ce sont surtout les eaux alcalines et antigoutteuses comme Vals, Vichy, Royat, Contrexéville, Vittel, Martigny, etc..., qui ont été recommandées. Au point de vue local, ce sont les eaux sulfureuses fortes de Barèges, Cauterets, Luchon, Ax, etc., que l'on emploie.

Résumé du traitement local d'une couperose. — Tout ce que nous avons dit au chapitre de l'*Acné inflammatoire* à propos des peaux irritables et indolentes s'applique à la couperose : nous n'insisterons pas davantage sur ce point d'une si grande importance pratique.

Si le malade a déjà subi des traitements antérieurs et porte sur le visage des poussées éruptives artificielles, il faut d'abord le calmer pour pouvoir juger de l'état réel de la lésion.

S'il s'agit de poussées congestives pures du côté du visage, on prescrit des lotions très chaudes additionnées de teinture de benjoin, des massages avec du cold-cream frais contenant 1/75 d'extrait d'hamamelis. On n'arrive que progressivement et en cas d'insuccès à l'emploi de topiques énergiques.

S'il s'agit de dilatations vasculaires fort développées sans complications de pustules acnéiques, on prescrit les lavages à l'eau fort chaude, les massages ; et, si ces moyens restent inefficaces, on a recours aux scarifications linéaires quadrillées, ou aux effluves locales de haute fréquence, ou à la photothérapie.

S'il s'agit d'acné rosacée typique, on emploie les emplâtres de savon noir ou les pâtes desquamantes à la résorcine et au savon noir avec ou sans camphre et soufre, en en proportionnant la force et la durée de l'application aux susceptibilités individuelles.

S'il s'agit d'un rhinophyma au début, on essaie l'électrolyse, l'électrocautérisation, seules ou combinées aux scarifications. *Quand il s'agit de tumeurs volumineuses et saillantes,* on doit en pratiquer l'ablation chirurgicale.

Quatrième forme. — *Éruptions papulo-pustuleuses miliaires récidivantes de la face.* (*Acné miliaire, acné eczématique des auteurs* [1].)

[1] Il est probable que c'est la *Rosacea acuminata* de R. Crocker.

Symptômes. — Dans cette forme, les lésions éruptives élémentaires caractéristiques sont de toutes petites papulo-pustules miliaires de la grosseur moyenne d'une très petite tête d'épingle. Leur base est d'un rouge vif; elles font parfois une légère saillie au-dessus du niveau des téguments, de telle sorte qu'on peut s'apercevoir de leur existence en passant doucement la pulpe de l'index sur les régions atteintes; parfois au contraire, quand elles se développent sur des surfaces érythémateuses, elles semblent ne faire aucune saillie notable. Leur centre est d'un jaune blanchâtre ; il est constitué par un tout petit soulèvement de l'épiderme par un peu de sérosité purulente. Après l'ouverture de la pustulette, il reste une toute petite dépression arrondie, intra-épidermique qui se cicatrise et disparaît avec la plus grande rapidité.

Cet élément repose d'ordinaire sur un fond primitivement érythémateux et télan-

Fig. 204. — Éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face chez une jeune femme de vingt-cinq ans atteinte d'entérite muco-membraneuse.

giectasique. Parfois cependant il se développe sur une peau en apparence saine, et l'on peut voir alors, dans quelques cas, tout autour de lui, rayonner des télangiectasies accidentelles qui diminuent de volume ou qui tendent même à disparaître après son évolution.

L'examen macroscopique attentif de ces éléments et leur analyse raisonnée, en l'absence de biopsies que nous n'avons jamais pu pratiquer, nous conduisent à penser que ce sont de petites pustulettes miliaires développées dans le corps de Malpighi, s'accompagnent d'une congestion assez intense du corps papillaire sous-jacent, et d'une dilatation des capillaires du voisinage.

Leur apparition est des plus soudaines : une malade se couche avec la figure en bon état relatif ; elle se réveille le lendemain le visage criblé de ces petits éléments. Ils évoluent avec une assez grande rapidité, parfois en quarante-huit heures ; parfois leur durée peut être de cinq ou six jours.

Ils sont d'ordinaire discrets, bien distincts les uns des autres ; beaucoup plus rarement ils sont groupés au nombre de quatre, cinq et même davantage.

La figure peut dans sa totalité ou sa presque totalité être criblée de ces éléments pustuleux dont le volume atteint parfois dans ces formes intenses celui d'une très grosse tête d'épingle. Les malades sont alors véritablement défigurés ; ils souffrent de sensations de cuisson, de brûlure, et surtout de congestion des plus pénibles du visage. Les poussées peuvent être subintrantes, et la figure est plus ou moins criblée de papulo-pustules, plus ou moins rouge et tuméfiée suivant les périodes, mais elle n'est presque jamais à l'état de calme absolu.

Il est plus fréquent d'observer des formes d'intensité moyenne, caractérisées

par les petits éléments pustuleux ou mieux légèrement papulo-pustuleux que nous avons décrits. Leur nombre, tout en étant relativement considérable au moment des poussées, est beaucoup moins grand que dans les cas précédents. Le visage n'est pas envahi dans sa totalité, du moins à un moment donné. Chez certaines personnes il n'y a qu'une ou plusieurs régions, le front, le menton et surtout le nez et les parties voisines des joues qui soient prises ; chez d'autres les différentes parties de la face sont envahies suivant les phases de la maladie, mais elles ne le sont pas toutes à la fois. Enfin il y a des périodes pendant lesquelles les sujets sont relativement bien. Les sensations douloureuses qu'ils présentent sont des congestions pénibles de la face, sortes de poussées intermittentes pendant lesquelles ils deviennent cramoisis, et parfois, mais pas toujours, des sensations de démangeaisons assez vives pour les engager à se gratter.

Enfin il est extrêmement fréquent d'observer chez la femme, et même chez l'homme, la forme légère de cette affection. Elle est presque toujours masquée par un peu de pityriasis simplex. Elle siège surtout sur les faces latérales et les ailes du nez, les parties voisines des joues et le menton. Les papulo-pustulettes sont minuscules, et se forment sur une peau saine ou légèrement couperosique ou sur une base de pityriasis simplex. Les sensations douloureuses se bornent dans ce cas à quelques démangeaisons ou cuissons assez peu accentuées, et toujours à des bouffées de chaleur plus ou moins pénibles. Il y a des phases de repos complet.

Un des caractères les plus importants de cette affection est sa désespérante ténacité, ses retours offensifs que souvent on ne peut expliquer, ni par des écarts de régime, ni par des contacts irritants, ni par un mauvais fonctionnement des organes.

Elle peut exister à l'état pour ainsi dire pur. Mais le plus souvent elle coexiste avec de la séborrhée, du pityriasis simplex, de l'urticaire, et surtout des télangiectasies faciales et de la couperose.

Étiologie. — Elle est d'une extrême fréquence. Elle s'observe surtout chez la femme, mais elle peut aussi se rencontrer chez l'homme. Elle apparaît d'ordinaire entre vingt-cinq et cinquante-cinq ans.

Les poussées semblent se développer sous l'influence d'émotions violentes, de mauvaises digestions, de l'ingestion de certains aliments (comme le poisson, les crustacés, la charcuterie, les fromages faits), de certains contacts irritants (soleil, vent, poussières, pommades ou cosmétiques). Presque toujours au moment des règles les lésions s'exaspèrent.

Cette affection est surtout l'apanage de sujets à circulation défectueuse, ayant des congestions faciales, du froid aux pieds habituel, de la constipation. Ce sont presque toujours des personnes assez impressionnables, atteintes parfois de troubles utérins, plus souvent de dilatation de l'estomac, d'atonie gastro-intestinale, et d'entérite muco-membraneuse. La coexistence de cette dernière affection et de la dermatose qui nous occupe est d'une extrême fréquence : d'après nos observations personnelles, elle existe environ sept fois sur dix. Les alternatives de mieux ou de pire de l'éruption coïncident avec les variations de l'état de l'intestin. La constipation, les crises diarrhéiques provoquent des poussées faciales.

Ces faits correspondent à ceux qui ont été décrits sous les noms d'*acné miliaire* par E. Vidal et Leloir, d'*acné eczématique* ou *eczéma acnéique ou stéatosique* de la face par E. Besnier et A. Doyon.

Veillon et Lenglet ont trouvé dans le contenu de ces pustulettes des leucocytes fort abondants : parfois ils n'ont pu y déceler ni directement, ni par la culture aucun microbe, parfois ils y ont trouvé le staphylococcus cutis communis et le microbacille de la séborrhée.

Traitement de l'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face. — On doit avant tout s'occuper de l'état des divers viscères et en particulier de l'estomac, de l'intestin et de l'utérus. Signalons les effets pernicieux des corsets, des cols serrés, des repas copieux, de la constipation. Le régime alimentaire sera fort sévère : les moindres troubles gastro-intestinaux seront méticuleusement traités. Les grands lavages de l'intestin ont souvent un effet curatif remarquable.

Les malades atteints de cette affection ont presque toujours une peau des plus irritables ; aussi doit-on être fort réservé chez eux dans l'emploi des topiques.

Pour le traitement local, on doit procéder par tâtonnements : il faut étudier chaque malade et voir ce que les téguments peuvent supporter.

Chez les femmes qui ont une peau très intolérante nous prescrivons de nettoyer la figure avec du cold-cream frais ou de la vaseline pure, puis de tamponner le visage avec de l'ouate hydrophile imbibée d'eau aussi chaude que possible et qui a bouilli avec de la guimauve, de la laitue, du son : peu à peu on y ajoute du borate de soude ou du coaltar saponiné à doses croissantes. On applique ensuite du simple cold-cream frais ou une pâte à l'oxyde de zinc.

Mais, si c'est possible, il faut employer des topiques plus énergiques. Pour cela on incorpore à la pâte de zinc soit de 1/200 à 1/75 de résorcine, soit de 1/150 à 1/75 de naphtol ou de camphre, soit de 1/50 à 1/15 de calomel, soit de 1/40 à 1/5 de soufre. Ce sont en effet là les quatre médicaments (résorcine, camphre, mercure, soufre) qui donnent d'ordinaire les moins mauvais résultats.

Nous avons vu parfois réussir une lotion composée de : soufre précipité, 8 grammes, alcool, 4 grammes, glycérine neutre pure, 18 grammes, sulfate de zinc, 40 centigrammes, eau distillée, 170 grammes (agiter violemment avant de s'en servir). On en imbibe un petit tampon d'ouate hydrophile et on dépose un peu de ce mélange sur les points malades ; on laisse sécher. Si la peau s'irrite, on nettoie avec du cold-cream au bout de quelques minutes.

L'eau-de-vie camphrée pure en lotions quotidiennes ou biquotidiennes est assez souvent bien supportée : elle nous a paru, dans un certain nombre de cas, constituer de beaucoup le meilleur topique préventif.

Dans les cas rebelles, il est indiqué d'en arriver peu à peu à employer la nuit des pommades au savon noir analogues à celles de l'acné.

III. — LES ACNÉS MONOMORPHES

Les trois variétés suivantes d'acnés auxquelles Sabouraud a donné le nom d'*acnés monomorphes* ont pour caractères communs, d'après lui : 1° de naître comme l'acné polymorphe sur un fonds infecté de séborrhée, mais ce fonds séborrhéique peut être peu apparent ; 2° de se manifester par une lésion élémentaire toujours la même, d'où l'épithète de monomorphe ; 3° de procéder par crises paroxystiques séparées par des périodes de calme, et d'être extrêmement rebelles ;

4° d'avoir pour agent pathogène principal le staphylocoque doré qui fait disparaître devant lui le microbacille séborrhéique. Ce sont : 1° *l'acné furonculeuse du cou;* 2° *l'acné chéloïdienne de la nuque,* 3° *l'acné nécrotique.*

1° Acné furonculeuse du cou. — « A la nuque les orifices pilaires gros, occupés par un point noir, ne sont pas tous des comédons. On peut trouver des comédons à la nuque, mais on trouve surtout des orifices pilaires contenant, au milieu des poussières noires, sept, huit ou dix et même quinze follets morts engagés directement dans une gangue de microbacilles, sans interposition de sébum très abondants. C'est sur cet état microbacillaire premier que l'acné furonculeuse à répétition va se greffer. » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 80.)

A l'occasion d'une poussée d'acné pustuleuse du visage ou d'une folliculite de la moustache ou de la barbe, le sujet présente à la nuque une série de folliculites orificielles, qui peuvent à un moment donné devenir profondes et dès lors ce sont des furoncles plus ou moins volumineux qui se développent, les uns isolés, d'autres agglomérés; ils s'accompagnent souvent de véritables abcès furonculeux, d'empâtement inflammatoire parfois considérable et d'induration de toute la région.

La maladie procède par poussées de plusieurs semaines plus ou moins intenses, séparées par des intervalles de repos, et cela pendant des mois ou des années. (Voir pour plus de détails sur les causes de cette affection l'article *Furonculose.*)

2° Acné chéloïdienne de la nuque[1]. — On désigne sous le nom d'*acné chéloïdienne ou chéloïdique* ou de *sycosis chéloïdien de la nuque* (E. Besnier et A. Doyon, Vérité), une variété très spéciale d'acné dont la caractéristique est d'aboutir à former des indurations volumineuses tout à fait semblables à des chéloïdes.

Symptômes. — Ce qui caractérise l'acné chéloïdienne, d'après Sabouraud, c'est que la folliculite demeure localisée chroniquement aux follicules mêmes qu'elle a dès l'abord envahis... Chaque follicule est le siège d'une suppuration lente qui le détruira chroniquement et le remplacera à la longue par une cicatrice définitive.

Fig. 205. — Acné chéloïdienne de la nuque en voie de développement.

Le processus inflammatoire initial qui simule l'acné donne lieu à une réaction plus ou moins vive à la surface, mais il s'accompagne toujours dès le début d'une infiltration profonde du derme que l'on sent épaissi quand on le saisit entre les doigts. Le plus souvent les follicules pileux intéressés sont complètement détruits : quelques-uns peuvent cependant persister. On voit même parfois au milieu ou sur les bords d'une induration chéloïdienne des bouquets de poils sortir d'un orifice

[1] Il est probable que la dermatose décrite par Kaposi sous le nom de *Dermatitis papillaris capillitii* est l'acné chéloïdienne de la nuque. D'après sa description, il s'agirait en effet d'une sorte de sycosis du cuir chevelu, qui débuterait vers la nuque par des lésions acnéiques, et qui s'étendrait de là vers l'occiput en donnant naissance à des végétations papillomateuses, à un suintement nauséabond et à des croûtes.

commun et figurer des sortes de pinceaux. Ces poils sont gros, déviés, évidemment altérés. Autour de chaque pustule d'acné, il se forme graduellement un véritable tissu chéloïdien très épais, dur, constituant des nodosités plus ou moins irrégulières de forme, plus ou moins saillantes et étendues, rosées ou d'un rouge vif : quand elles sont volumineuses on voit à leur surface comme sur les chéloïdes ordinaires de grosses arborisations vasculaires qui tranchent sur le tissu fibreux un peu blanchâtre et irrégulier. Sur leurs bords se trouvent souvent des sortes de pustules acnéiques ou pour mieux dire des folliculites suppurées traversées par des poils.

Fig. 206. — Acné chéloïdienne de la nuque complètement développée.

Elles ont une certaine tendance à se grouper et à former par confluence des masses indurées d'un volume considérable, vraiment dignes du nom de tumeurs chéloïdiennes. Leur siège presque constant est la nuque, où elles occupent une large bande transversale correspondant à la naissance des cheveux dans la zone soumise aux frottements incessants du col des vêtements.

Il est fréquent de retrouver, soit au visage, soit dans la barbe, soit à la moustache, soit ailleurs, quelques éléments acnéiques disséminés chez les malades qui sont atteints de cette affection. Ces caractères permettront de faire d'emblée le diagnostic.

Au point de vue *anatomo-pathologique* pur, Leloir a démontré que l'acné chéloïdienne est une périfolliculite pilaire dans laquelle le tissu embryonnaire qui entoure les follicules, au lieu d'aboutir à la suppuration, tend à la formation d'un tissu scléreux.

Traitement. — Cette dermatose est des plus rebelles, aussi son pronostic est-il assez sombre. On doit avant tout éviter toute cause d'irritation, et par suite interdire au malade de porter des cols. Au début on tâchera de faire avorter les pustules acnéiques; pour cela nous conseillons surtout d'employer les badigeonnages et les instillations de teinture d'iode (voir *Acné inflammatoire*, les emplâtres de Vigo ou d'ichtyol, les savonnages au savon noir ou au savon sulfureux), les pulvérisations prolongées avec de l'eau bouillie, ou boriquée, ou résorcinée au 1/500.

On peut aussi vider les pustules, les laver avec de l'alcool camphré ou avec de l'alcool boriqué pur, et on tient appliqués sur les points malades, suivant le degré d'inflammation qu'ils présentent, soit des cataplasmes de fécule de pomme de terre arrosés d'alcool boriqué, soit de l'ouate hydrophile imbibée de la même substance pure ou coupée d'eau suivant l'irritabilité des téguments et recouverte de taffetas gommé. Si ces moyens ne réussissent pas, on a recours aux applications de soufre, d'ichtyol, de résorcine, ou aux cautérisations de chaque pustule avec l'aiguille électrolytique ou avec la pointe fine de l'électrocautère ou du thermocautère.

Lorsque les tumeurs chéloïdiennes sont développées, nous conseillons de faire, quand c'est possible, une ou deux fois par jour des pulvérisations de quinze minutes de durée avec une solution de résorcine au 1/1 000 ou au 1/500, et des applications d'emplâtres à l'ichtyol ou au calomel, ou à l'acide chrysophanique, etc... Quand ce procédé est inefficace, on fait des effluves locales de haute fréquence, ou

de la radiothérapie, ou tous les huit jours des scarifications linéaires quadrillées très profondes divisant les indurations dans toute leur hauteur. Dans l'intervalle des séances on lotionne avec de l'alcool boriqué ou camphré, avec du bichlorure d'hydrargyre au 1/1 000 ou au 1/500. On tient appliqué sur les points scarifiés de l'emplâtre de Vigo, de l'emplâtre rouge, de l'emplâtre à la résorcine (voir article *Chéloïde* pour les règles qui président à leur choix). On peut, en cas d'insuccès, faire alterner les scarifications, soit avec l'électrolyse simple (voir *Chéloïde*), soit avec la cataphorèse (voir *Généralités*).

On a proposé d'enlever les tumeurs par le raclage avec la curette tranchante; cette opération est surtout possible pour les petites nodosités. Après l'ablation soit avec la curette, soit avec le bistouri, certains auteurs recommandent de cautériser avec un crayon de nitrate d'argent. On a aussi conseillé de détruire les tumeurs volumineuses avec le fer rouge ou avec les flèches de Canquoin; mais ces opérations peuvent être suivies de réactions inflammatoires des plus vives, d'éruptions acnéiques périphériques fort intenses, et par suite d'extension rapide de la dermatose. Aussi ne doit-on agir qu'avec beaucoup de prudence.

Bénard a publié un travail démontrant que les pulvérisations prolongées faites avec les eaux de Saint-Christau à la source améliorent les acnés chéloïdiennes rebelles (*Annales d'Hydrologie*, mai 1902).

3° Acné atrophique ou ulcéreuse. — Acné nécrotique. — Acné varioliforme. — L'*acné atrophique ou ulcéreuse* (*acné varioliforme* des Allemands, *impetigo rodens* de Devergie, *acne pilaris, acne frontalis seu necrotica* de Boeck, *acne rodens* de Vidal, *acné à cicatrices déprimées ou arthritique* d'E. Besnier) est une acné spéciale qui a une évolution chronique à poussées successives, qui s'accompagne de nécrose des tissus, et laisse après elle une cicatrice déprimée semblable à celle d'une pustule de variole.

Sabouraud la définit : « Une maladie chronique et paroxystique ayant les sièges d'élection de la séborrhée microbacillaire et caractérisée par des croûtes ombiliquées centrées par un poil... Son aspect spécial est constitué par la quantité de lésions élémentaires entièrement semblables entre elles, semées à distance les unes des autres sur une peau qui paraît saine. » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 86.)

Symptômes. — La lésion élémentaire est tout d'abord une vésico-pustule qui naît sur une région dont tous les pores contiennent le filament séborrhéique. Elle se présente sous la forme d'un bourrelet rosé ou rouge très peu volumineux qui entoure une petite lésion péripilaire, aplatie, comme ombiliquée au centre, d'un jaune blanchâtre, ayant l'aspect d'une vésico-pustule dont les dimensions grandissent peu à peu et qui atteignent à l'état de complet développement de 2 à 4 millimètres, en moyenne 3 millimètres de diamètre. La partie centrale de l'élément éruptif se dessèche sans s'ouvrir à l'extérieur et se transforme peu à peu en une croûte noirâtre qui semble déprimée et comme enchâtonnée dans le bourrelet périphérique.

Fig. 207. — Acné nécrotique de Boeck, acné ulcéreuse ou varioliforme.

Cette croûte finit peu à peu par se détacher, quoique fort lentement, et elle tombe en laissant au-dessous d'elle une large dépression cicatricielle, profonde, indélé-

bile, de 3 à 5 centimètres de diamètre, d'abord d'un rouge assez vif, puis qui blanchit peu à peu. Ces cicatrices sont tout à fait analogues à celles de la variole. Au même moment on observe d'ordinaire chez le même sujet des lésions à toutes les phases de leur évolution; et ces croûtes dont la teinte varie du jaune foncé au brun noirâtre, enchâssées dans leur étroite zone périphérique inflammatoire, mélangées à ces cicatrices cupuliformes, donnent à la maladie une physionomie vraiment spéciale.

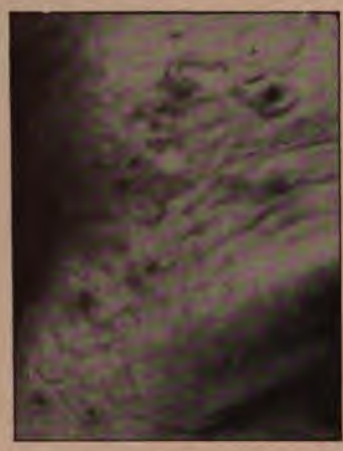


Fig. 208. — Acné nécrotique de Boeck (grandeur naturelle) (tempe droite.

« En certains sièges, sur le lobule du nez par exemple et sur le vertex, on peut voir la lésion, en apparence morte, revivre et passer par un deuxième stade d'augment. Autour de la première croûte, une deuxième vésico-pustule se forme, donnant lieu à une deuxième croûte annulaire autour de la première; la croûte présentera deux anneaux concentriques. » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 87-88.)

On a décrit une variété circonscrite et une variété diffuse d'acné atrophique. Presque toujours les lésions sont groupées en certains points de prédilection qui sont le front, les tempes, les limites antérieures du cuir chevelu, le nez et les sillons naso-géniens, plus rarement le menton, la poitrine et le dos. Dans les formes diffuses on peut observer des éléments disséminés çà et là aux divers points que nous venons de mentionner.

Cette affection est désespérante par sa ténacité. Elle évolue par poussées successives irrégulières de durée et d'intensité. Elle peut se localiser en une seule région, ou en parcourir plusieurs progressivement.

Elle s'accompagne souvent de prurit et de cuissons.

Fig. 209. — Acné nécrotique de Boeck (partie latérale gauche du nez).

C'est une maladie de l'âge adulte : cependant on peut l'observer après soixante ans au cuir chevelu. Elle est peut-être un peu plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Elle n'est importante que par les cicatrices qu'elle laisse après elle et qui sont indélébiles.

Anatomie pathologique. — Bactériologie. — « Le staphylocoque doré est le microbe causal de l'acné nécrotique. *Au début*, la pullulation du microbe se fait autour de l'orifice folliculaire et détermine tous les symptômes inflammatoires histologiques dont cette infection est coutumière : diapédèse, afflux leucocytaire intra-épidermique considérable, etc... *A la période d'état* la colonie staphylococcique colossale s'est partagée en anneaux concentriques qui, sur une coupe, apparaissent par leur section comme des amas de plus en plus petits à mesure qu'ils sont plus excentriques, et qui sont logés à la partie supérieure de la lésion, immédiatement sous la couche cornée. L'afflux leucocytaire s'est augmenté, mais ne dessine presque à aucun moment de cavité pustuleuse bien nette. Il demeure à

l'état d'infiltrat à travers le derme périfolliculaire qui va se nécroser en bloc. *A la période terminale* ou croûteuse, le derme qui sous-tend la lésion se mortifie totalement. Le séquestre conjonctif infiltré de globules blancs supporte la collection suppurée qui à l'œil nu formait la pustule. A aucun moment la couche cornée superficielle n'a été rompue. Avant que la croûte ne se détache, une couche cornée de rénovation s'est faite au-dessous d'elle. Les microbacilles du cocon séborrhéique disparaissent invariablement du cocon et de ses débris au cours de l'évolution

Fig. 210. — Acné nécrotique (front).

Ep, épiderme au voisinage de la lésion. — *cac*, croute adhérente, exsudative, (fibrine, etc.), envahie par les leucocytes. — *gi*, orifice de l'infundibulum pilo-sébacé infecté, coiffé de la croûte. — *p*, poil. — *gp*, gaines du poil. — *cm*, corps muqueux de Malpighi ; il présente une altération extrêmement remarquable : acantholyse à peu près totale en même temps qu'épaississement notable : les cellules épineuses sont arrondies et vacuolées. — *cg*, en ce point, on peut encore reconnaître la couche cylindrique génératrice qui est au contraire complètement infiltrée par les leucocytes au centre. — *il*, zone d'infiltration leucocytaire violente au voisinage du poil. — *gs*, glandes sébacées situées plus profondément.

nécrotique. Le staphylocoque doré dont la symbiose avec le microbacille détermine l'acné nécrotique, tue donc le microbacille et le fait disparaître. » (Sabouraud, *loc. cit.*, p. 90-91.)

Diagnostic. — Les formes moyennes, typiques de l'acné nécrotique, ont une physionomie tellement particulière que le diagnostic s'impose.

Il n'en est plus de même dans les formes superficielles et dans les formes malignes.

Dans les formes superficielles, comme avortées, qui sont très fréquentes aux

tempes, au front vers la racine du cuir chevelu et dans les régions voisines de ce cuir chevelu, l'affection est caractérisée par de petites croûtelles jaunâtres, arrondies, de 1 à 2 millimètres de diamètre, comme enchâssées dans le derme, et qui se détachent au bout d'un laps de temps plus ou moins long en laissant après elles une légère dépression. On peut les confondre : avec des éléments minuscules d'*impétigo* dont les croûtes sont plus jaunâtres, plus superficielles, recouvrent des surfaces suintantes, et dont l'évolution est plus rapide; quand les éléments sont très rapprochés, avec le *lupus ulcéreux et croûteux,* mais cette erreur est vraiment difficile à commettre; avec les *séborrhéides* du cuir chevelu qui n'en ont cependant, quand on veut bien y regarder de près, aucun des caractères objectifs; avec l'*acné décalvante* qui en diffère par les plaques atrophiques d'alopécie lisse, blanche, pseudo-cicatricielle qu'elle laisse après elle.

Mais ce sont surtout les formes malignes qu'il peut être difficile de distinguer. Elles simulent surtout les *syphilides tuberculo-ulcéreuses* : théoriquement elles en diffèrent par une agmination moindre, par leur peu de tendance à former des lésions serpigineuses, par une coloration moins jambonnée, par des croûtes beaucoup plus enchâssées dans le derme. Toutefois, dans certaines formes graves ulcéreuses qui affectent le bout du nez, ses ailes et les parties adjacentes du nez, dans ces formes qui ont été décrites sous les noms d'*ulérythème acnéiforme* par Unna, sous celui d'*acne necrotisans et ulcerans serpiginosa* par Kaposi, le diagnostic nous semble ne pouvoir être fait que par un sérieux traitement d'épreuve (voir plus loin).

Traitement. — Il est sensiblement le même que celui de l'acné juvénile. Les simples pommades soufrées, ou les pommades au soufre, savon noir, résorcine et camphre sont particulièrement efficaces. Sabouraud recommande pour l'acné nécrotique du visage les pommades mercurielles soufrées; par exemple : cinabre, soufre précipité àà 1 gramme, vaseline pure 40 grammes, et pour l'acné nécrotique du cuir chevelu : huile de cade, beurre de cacao àà 10 grammes, vaseline blanche 20 grammes, soufre précipité et cinabre àà 1 gramme.

Il semble (Schiff, *Wiener med. Wochens,* 1903, n° 38) que dans des formes ulcéreuses graves d'acné se reliant au type que nous étudions la radiothérapie ait donné d'excellents résultats.

Acne necrotisans exulcerans serpiginosa nasi. — Sous ce nom, Kaposi a décrit en 1894 une forme morbide caractérisée par l'apparition vers le bout du nez d'éléments papuleux qui, au début, ont le volume moyen d'une tête d'épingle, qui grossissent rapidement, deviennent purulents, subissent une dégénérescence nécrotique et laissent après eux de profondes cicatrices. Des éléments voisins les uns des autres se forment aussi vers les ailes du nez, constituent par confluence des ulcérations serpigineuses profondes à bords rouges et tuméfiés, taillés à pic, à fond sanieux, irrégulier : ces ulcérations s'étendent excentriquement, détruisent les tissus cutanés dans toute leur épaisseur, et guérissent avec la plus grande difficulté en laissant des cicatrices déprimées indélébiles. Un des caractères de cette dermatose, c'est sa résistance au traitement, sa tendance à récidiver sans cesse. Dans le produit du raclage de ces ulcérations, on trouve du tissu de granulation vasculaire avec de nombreuses cellules géantes.

Nous avons vu plusieurs cas de cette curieuse maladie. Elle donne tout d'abord l'impression d'une syphilide ulcéreuse serpigineuse; mais le traitement antisyphi-

litique intensif reste impuissant à en arrêter la marche. Elle diffère totalement comme aspect et comme rapidité d'évolution du lupus vulgaire.

Les affections décrites par Leslie Roberts sous le nom de *Folliculitis necrotica*, par Unna sous le nom d'*Ulérythème acnéiforme*, par Lukasiewicz sous le nom de *Folliculitis exulcerans* sont très probablement des formes de la même maladie.

Nous serions tentés de croire qu'il s'agit dans ces faits de processus morbides peut-être acnéiques primitivement, mais infectés secondairement par des microbes pathogènes du phagédénisme.

Dans deux de nos cas les malades étaient manifestement syphilitiques. Il semble donc que cette forme morbide ait une certaine tendance à se développer sur fonds de syphilis.

Nous pensons que le traitement le meilleur consiste à faire des pulvérisations prolongées et répétées avec des solutions de résorcine variant du 1/1 000 au 1/200 suivant la résistance des tissus, des attouchements avec de l'eau oxygénée coupée de trois ou quatre fois son volume d'eau bouillie, puis des badigeons soit avec une solution de bleu de méthylène au 1/100, ou même au 1/50, soit avec le tartrate-ferrico potassique en solution au 1/10, enfin des pansements avec de la poudre d'iodoforme ou d'aristol.

Quand il y a de la syphilis sous-jacente, il est bon de faire simultanément des injections quotidiennes intra-veineuses ou intra-musculaires de 1 centigramme à 1 centigramme 1/2 de cyanure d'hydrargyre.

IV

DERMATOSES QUI SONT PROBABLEMENT MICROBIENNES

MAIS DONT ON NE CONNAIT PAS ENCORE LES MICROBES PATHOGÈNES

Nous avons vu (chapitre classification) qu'il y a toute une série de dermatoses qui ont l'aspect clinique, les allures, l'évolution de dermatoses microbiennes, mais dont nous ne connaissons pas encore le microbe pathogène.

Nous les avons divisées (voir *classification et nomenclature des dermatoses microbiennes*) en trois groupes secondaires :

A. *Maladies probablement microbiennes, mais à microbes encore inconnus, qui infectent l'économie tout entière* ;

B. *Maladies probablement microbiennes, mais à microbes encore inconnus, qui peuvent rester locales ou se généraliser;*

C. *Maladies probablement microbiennes, mais à microbes encore inconnus, qui restent toujours localisées.*

A. — DERMATOSES PROBABLEMENT MICROBIENNES

A MICROBES ENCORE INCONNUS QUI INFECTENT L'ÉCONOMIE TOUT ENTIÈRE

1° FIÈVRES ÉRUPTIVES; 2° PURPURAS INFECTIEUX

L'étude des fièvres éruptives et celle des purpuras infectieux sort complètement de notre cadre : on rattache en France ces affections à la pathologie interne, et l'on a raison, car les accidents cutanés ne sont dans ces maladies qu'un élément de diagnostic : ils n'ont en eux-mêmes aucune importance sauf dans certains cas très accentués de vaccine, de variole et de varicelle.

A. — Fièvres éruptives érythémateuses.

On sait que les *fièvres éruptives érythémateuses* comprennent maintenant : 1° *la rougeole;* 2° *la scarlatine*; 3° *la rubéole ordinaire morbilliforme;* 4° *la rubéole scarlatineuse ou quatrième maladie* (Filatow, Clement Dukes, Cheinisse); 5° enfin le *mégalérythème épidémique ou* cinquième maladie.

Nous renvoyons aux ouvrages de pathologie générale pour la description détaillée de toutes ces affections. Il nous paraît cependant utile de dire quelques mots de la dernière qui, par ses caractères spéciaux, rentre un peu plus spécialement dans le cadre des dermatoses.

MÉGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE

Le mégalérythème épidémique a été surtout étudié en Autriche et en Allemagne: c'est l'*érythème infectieux aigu* de Sticker, l'*erythema simplex marginatum* de quelques auteurs.

Il s'observe d'ordinaire en même temps qu'une épidémie de rougeole ou de rubéole : il atteint épidémiquement les enfants âgés de quatorze à douze ans.

L'incubation varie de six à quatorze jours; puis, presque toujours sans prodromes, l'éruption paraît à la face, en se limitant aux joues; après quoi elle envahit les membres, plus rarement le tronc.

Elle est constituée par des plaques d'un rose pâle ou d'un rouge violacé, à centre œdématié saillant, qui durent environ quarante-huit heures, puis s'affaissent au centre, pâlissent et disparaissent sans desquamation. Par confluence elles peuvent former de larges taches à contours festonnés. Elles sont plus grandes sur les membres qu'à la face : elles s'y développent d'abord vers les aines et les aisselles et ne gagnent les mains et les pieds que progressivement. A la période de régression, elles forment des anneaux rouges plus ou moins grands à centre pâle, qui s'amincissent de plus en plus et finissent par disparaître.

La durée totale de l'affection est de six à dix jours.

B. — Fièvres éruptives vésiculo-bulleuses, ulcéreuses.

VARICELLE

La *varicelle* est le prototype de ce groupe. Le dermatologiste peut être consulté à la période éruptive, et pour les cicatrices consécutives.

Marfan (*Soc. de Pédiatrie*, 20 mars 1906) a décrit, en outre des cicatrices déprimées post-varicelleuses généralement connues, des taches blanches consécutives à cette affection et qui pour lui sont pathognomoniques. Il y en aurait trois variétés : 1° Les plus fréquentes sont arrondies, de 2 à 6 millimètres de diamètre, d'un blanc mat, ou d'un blanc laiteux uniforme : elles sont de niveau avec les téguments voisins, ne sont ni déprimées, ni surélevées, sont lisses et ne présentent ni état chagriné, ni état gaufré ; elles se voient surtout sur le tronc et sont plus rares sur les membres ; 2° dans la deuxième variété les taches blanches sont saillantes et leur surface est très finement grenue ou très finement striée ; elles ressemblent au premier abord à certaines cicatrices de vaccine qui ne sont pas déprimées ; 3° la troisième variété n'est que le premier stade, inconstant d'ailleurs, de la première ou de la seconde : elle est constituée par des taches blanches entourées d'une aréole pigmentée : cette aréole disparaît peu à peu et on se trouve alors en présence de taches de la première ou de la deuxième variété.

Tout autres sont les cicatrices vraiment vicieuses de la varicelle : ce sont des dépressions cupuliformes, de 3 à 6 millimètres de diamètre, au niveau desquelles le derme semble avoir été détruit à l'emporte-pièce.

D'après les résultats obtenus dans la variole par Belin et Salomon (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 20 oct. 1905), par l'administration du xylol à l'intérieur à des doses variant, suivant les sujets, de vingt gouttes à cent gouttes par jour en quatre ou cinq fois dans du lait (enfants) ou de l'eau rougie (adultes), nous croyons qu'on doit donner ce médicament dans la varicelle pour essayer d'atténuer l'éruption.

Il faut conseiller aux malades d'ouvrir les vésicules, dès qu'elles se forment, avec une aiguille passée à la flamme de la lampe à alcool, puis on les lave à l'eau bouillie boriquée, on les touche légèrement avec de l'eau-de-vie camphrée, et on les panse avec de la pommade à l'oxyde de zinc boriquée ou camphrée ; par exemple : camphre pulvérisé 20 centigrammes, acide borique porphyrisé 1 gramme, oxyde de zinc 4 grammes, lanoline pure 6 grammes, vaseline pure blonde 8 grammes.

Les cicatrices consécutives aux éléments éruptifs de varicelle qui ont creusé et qui ont suppuré sont à peu près indélébiles. On peut essayer d'en abattre les bords avec des scarifications linéaires quadrillées, ou avec des piqûres électrolytiques négatives. Il vaut mieux se borner à prescrire des applications d'emplâtre rouge d'E. Vidal ou d'emplâtre à l'ichtyol au 1/10. (*Voir cicatrices.*)

C. — Fièvres éruptives papulo-pustuleuses.

Les deux grandes fièvres éruptives papulo-pustuleuses sont la *vaccine* et la *variole*.

Vaccine.

Il est rare que le dermatologiste soit consulté pour l'inoculation vaccinale elle-même. Il l'est au contraire assez fréquemment pour les éruptions diverses que la vaccine peut provoquer (*Vaccinides* de Dauchez).

Celles-ci sont innombrables : en outre le public est disposé à rattacher à cette infection nombre d'accidents cutanés qui certainement n'ont aucune relation directe avec elle.

Voici, d'après Morris et R. Crocker, un tableau résumé des véritables éruptions vaccinales :

PREMIER GROUPE. — *Éruptions résultant directement de l'inoculation vaccinale.*

A. INOCULATIONS LOCALES SECONDAIRES DU VIRUS. — Elles s'observent surtout à la suite d'inoculations accidentelles du virus sur d'autres affections cutanées concomitantes, eczéma, impétigo, herpès, etc...

Elles peuvent se produire au moment même de la vaccination, ce qui est rare, plus souvent pendant les jours qui suivent, surtout jusqu'au huitième jour, parfois jusqu'au dixième, et même jusqu'au dix-septième jour. Quand les pustules vaccinales secondaires sont très nombreuses, certains auteurs donnent à ces faits le nom de *vaccine généralisée par auto-inoculation*. Presque toujours elles sont consécutives au grattage, ce que démontre l'existence de lésions des doigts, de sortes de tournioles vaccinales. On les a observées aux organes génitaux de la femme. (Löwenbach et Brandweiner.)

B. ÉRUPTIONS SE PRODUISANT PENDANT LES TROIS PREMIERS JOURS QUI SUIVENT LA VACCINATION, avant l'apparition des vésicules vaccinales. — On peut observer de l'urticaire, de l'érythème polymorphe, des éruptions vésiculeuses et bulleuses.

C. ÉRUPTIONS CONSÉCUTIVES A L'APPARITION DES VÉSICO-PUSTULES VACCINALES. — On peut observer des érythèmes morbilliformes (roséole vaccinale), scarlatiniformes, diffus, des érythèmes polymorphes, des érythèmes papuleux (vaccine-lichen des anglais), papulo-vésiculeux, pustuleux, vésiculeux (miliaire vaccinale), rarement bulleux, noueux (Courtellemont), hémorragiques.

La *vaccine généralisée* est de tous ces accidents le plus grave : elle peut se produire d'emblée, sans inoculation secondaire du virus, par suite d'une intoxication générale de l'économie.

D. ÉRUPTIONS QUI SURVIENNENT COMME DES CONSÉQUENCES PLUS OU MOINS ÉLOIGNÉES DE LA VACCINATION. — Citons parmi elles l'eczéma, le psoriasis, l'urticaire, etc...

DEUXIÈME GROUPE. — *Éruptions consécutives à l'inoculation d'un autre virus que le virus vaccinal.*

A. LE VIRUS SURAJOUTÉ EST INOCULÉ EN MÊME TEMPS QUE LE VIRUS VACCINAL.

a) *Infections localisées :* impetigo contagiosa, pyodermites.

b) *Virus produisant une infection de l'économie tout entière :*

Syphilis ;
Lèpre ;
Tuberculose.

B. LE VIRUS SURAJOUTÉ EST INOCULÉ APRÈS LE DÉVELOPPEMENT DES VÉSICO-PUSTULES VACCINALES — Érysipèle, pyodermites diverses, gangrène, etc...

R. Crocker fait observer que les éruptions du premier groupe dépendent uniquement ou presque uniquement des idiosyncrasies du sujet, tandis que celles des autres groupes peuvent être évitées, si l'on prend les précautions et les soins voulus.

Traitement. — *Pour les accidents de vaccine généralisée,* il faut se contenter de faire des pansements propres, aseptiques, et émollients, cataplasmes aseptiques, applications de pâte de zinc stérilisée, recouverte de compresses de tarlatane aseptique imbibée d'eau bouillie, exprimées, recouvertes d'ouate. Il faudra ensuite régulariser les cicatrices consécutives par des applications permanentes d'emplâtre à l'ichtyol au 1/10, ou d'emplâtre rouge d'E. Vidal, et par des scarifications, de l'électrolyse, de la radiothérapie, etc... (voir *Cicatrices*).

Variole.

Nous n'avons à décrire ici ni les rash de la variole, ni les divers accidents cutanés, séborrhée, cicatrices vicieuses, qui peuvent survenir après la guérison de l'éruption.

Le dermatologiste est parfois consulté pour essayer de modifier ces cicatrices quand elles siègent au visage, au nez en particulier. On conseillera de faire tous les huit ou quinze jours des scarifications linéaires serrées sur les crêtes saillantes qui séparent les dépressions cicatricielles, et d'appliquer dans l'intervalle des séances des emplâtres à l'ichtyol, à la résorcine, au calomel, ou au minium et au cinabre (emplâtre d'E. Vidal); ultérieurement on pratiquera des massages avec des cold-creams ou de belles vaselines renfermant 1/100 de résorcine et un 1/50 d'extrait d'hamamelis. Il est possible d'améliorer ainsi dans une certaine mesure l'aspect général de la face.

On sait (voir article varicelle) qu'en donnant le xylol à l'intérieur à des doses quotidiennes variant de vingt à cent gouttes suivant l'âge des sujets, Belin et Salomon ont pu modifier en bien l'évolution de l'éruption variolique et empêcher la production des cicatrices.

3° PEMPHIGUS AIGU FÉBRILE GRAVE

Le *pemphigus aigu fébrile grave* est caractérisé : 1° par un début brusque, 2° par une réaction fébrile presque toujours fort intense, 3° par une éruption pure de bulles séreuses ou hémorragiques, 4° par une terminaison rapide par la mort, rarement par la guérison.

Historique. — Admis par Gilibert, le pemphigus aigu fébrile grave a été nié par l'ancienne école allemande, et admis par l'ancienne école française sous le nom de pemphigus aigu ou de fièvre bulleuse. C'est Nodet qui en 1880 l'a le premier sérieusement étudié. Depuis lors on en a publié plusieurs cas isolés. Pernet, en 1895, a eu le grand mérite de préciser l'étiologie de cette affection. Nous en avons donné la première description d'ensemble bien nette dans le tome III de la *Pratique Dermatologique* ; nous y renvoyons le lecteur pour de plus amples détails.

Symptômes. — Cette affection débute comme une maladie infectieuse grave par des frissons, du malaise général, de la courbature, de l'anorexie, des vomissements glaireux et alimentaires, parfois par de la diarrhée, de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation, parfois par du délire, parfois par de la prostration. Le pouls peut atteindre de 100 à 120 pulsations par minute, la température de 39° 5 à 40°.

On a souvent noté l'existence d'une écorchure ou d'une piqûre à la main chez

le sujet atteint, et cette blessure antérieure au début du pemphigus est très probablement la porte d'entrée de l'agent infectieux.

Les symptômes généraux s'amendent parfois quelque peu au moment où l'éruption se produit : celle-ci survient vingt-quatre à quarante-huit heures en moyenne après le début des premiers accidents. Il peut n'y avoir qu'une seule poussée de bulles, ce qui est rare ; presque toujours de nouvelles bulles apparaissent constamment par poussées successives jusqu'à la mort, ou jusqu'à ce que les symptômes généraux s'amendent et que l'affection marche nettement vers la guérison.

Elles semblent se former d'emblée sur la peau saine ; cependant Nodet a noté qu'il se produit « d'abord une fluxion localisée, se manifestant à la vue par une tache rouge, dont les dimensions peuvent atteindre celle de nos diverses pièces de monnaie ; ces taches ne sont le siège d'aucun œdème, d'aucune inflammation préalables ; elles se recouvrent rapidement de bulles à contenu citrin, qui atteignent exactement la grandeur des plaques ».

Quelques auteurs, en particulier Spillmann, Danneck, ont noté la coexistence de plaques érythémateuses sur lesquelles se forment certaines des bulles. Dans quelques cas, ces plaques érythémateuses sont fort développées.

Ces bulles sont d'ordinaire bien tendues, hémisphériques, ou irrégulières de forme, souvent par confluence. Leur contenu semble être de la sérosité citrine mais assez souvent il est hémorragique d'emblée ou secondairement, ce qui est d'un pronostic fâcheux. Il est même relativement fréquent d'observer après leur rupture de véritables petites hémorragies. Au bout de quelques heures, le liquide se trouble, devient louche, enfin séro-purulent.

Presque toujours elles se rompent, laissent à vif une surface rouge, souvent sanguinolente, douloureuse, qui suinte, parfois s'exulcère, ou bien se cicatrise au bout d'une semaine, en laissant après elle une tache pigmentée.

Assez rarement elles se dessèchent, forment des croûtes jaunâtres ou noirâtres qui se détachent au bout de huit à dix jours en laissant au-dessous d'elles un épiderme nouveau et une pigmentation qui ne s'efface, lorsque le malade guérit, qu'au bout de plusieurs mois.

Les régions les plus atteintes sont le cou, la poitrine, les fesses, les membres inférieurs, les membres supérieurs, mais, en réalité, les téguments, dans leur totalité, peuvent être envahis ; presque toujours l'éruption, quelque abondante qu'elle soit, affecte tout d'abord le type discret. Dans quelque cas, vers la fin, elle devient confluente et prend l'aspect de brûlures plus ou moins vastes au premier et au deuxième degré.

Les muqueuses, bouche, pharynx, nez, etc., peuvent être intéressés ; il survient alors des épistaxis, de la dysphagie, de l'impossibilité de mouvoir les lèvres et la langue.

Les phénomènes subjectifs sont assez accentués. Parfois, avant l'éruption, les malades éprouvent des sensations de cuisson et de prurit ; mais presque toujours, dès que les bulles ont fait leur apparition, le prurit cesse, et les seuls phénomènes douloureux qui persistent sont des sensations de cuisson, de brûlure, de douleur vraie, souvent des plus pénibles, au niveau des exulcérations consécutives aux bulles.

Les symptômes généraux augmentent d'intensité à mesure que la maladie suit son cours. Il existe assez souvent de la constipation jusqu'à ce que la diarrhée infectieuse terminale se produise.

Les urines, dont les modifications sont encore mal connues, sont presque toujours rares, souvent un peu albumineuses par congestion rénale, parfois très albumineuses.

La respiration devient fréquente, soit par suite de la réaction fébrile, soit par suite de congestion pulmonaire.

La fièvre, très élevée, suit la marche générale de l'infection ; elle peut atteindre 40 et 41°. Elle offre des exacerbations qui sont peut-être en relation avec les poussées éruptives ; ses maxima sont vespéraux. On peut observer des frissons successifs.

Quand la terminaison fatale doit se produire, tous ces symptômes s'aggravent graduellement, souvent en quelques jours, avec une rapidité presque foudroyante. Le malade perd ses forces, refuse toute alimentation, est pris de diarrhée, de dyspnée ; le délire, d'abord intermittent, devient continu ; l'excitation fait ensuite place à la dépression, à l'épuisement complet du système nerveux, et la mort survient dans le coma.

L'*évolution* de cette affection est éminemment rapide ; elle dure de quelques jours (six, neuf jours dans certains cas) à deux ou trois semaines au plus (vingt-huit jours dans un cas de Pernet), quand elle doit se terminer par la mort. Quand elle guérit, elle le fait par sédation assez lente des symptômes, en trois à six semaines en moyenne. (L. Brocq, *Pratique Dermat.*)

Le *pronostic* est des plus graves. La mort survient dans près des trois quarts des cas.

Anatomie pathologique. — On a trouvé à l'autopsie des malades de la congestion rénale, de la pneumonie hypostatique, rien dans la moelle épinière ni dans les centres nerveux.

Le Pemphigus aigu fébrile a des allures éminemment infectieuses : et cependant de toutes les recherches de Spillmann, de Hadley et Bulloch, de Demme, de Sack qui ont isolé dans leurs cas des diplocoques, il se dégage l'impression fort nette qu'on n'a pas encore mis la main sur le microbe pathogène du Pemphigus aigu fébrile.

Notons que dans le cas d'Hallopeau et Lévy on n'a pas trouvé de cellules éosinophiles dans le liquide des bulles, et qu'il n'y avait pas d'augmentation des cellules éosinophiles du sang.

Étiologie. Pathogénie. — Deux faits considérables dominent l'étiologie du Pemphigus aigu fébrile grave :

1° La *profession* de la plupart des malades : ce sont des bouchers, des tripiers, des charcutiers, des tanneurs, des cuisiniers, etc., en un mot des personnes qui manient des animaux morts. Ce fait capital a été bien mis en relief par Pernet. Nous l'avions déjà remarqué. A notre avis, il jette une lumière tout à fait spéciale sur la nature infectieuse de l'affection qui nous occupe.

2° Ce qui vient encore confirmer cette notion, c'est que beaucoup de ces malades portaient une *blessure* à la main, blessure antérieure à l'apparition du pemphigus, et par laquelle a dû sans doute se faire l'infection. Il ne nous paraît pas douteux que le pemphigus aigu fébrile grave ne soit dû à une infection d'origine animale provoquée par une inoculation directe et semblant provenir surtout d'animaux morts. C'est donc, à notre sens, une infection suraiguë analogue comme nature aux accidents infectieux graves que produisent les piqûres anatomiques et chirurgicales : il doit s'agir toutefois ici d'un agent infectieux particulier dont l'effet sur la peau se traduit d'une manière toute spéciale par la formation de bulles. La pathogénie de l'iodisme bulleux nous aide à comprendre la possibilité de semblables manifesta-

tions. Bowen (*Journal of. cut. dis.*, juin 1904) a rapproché le pemphigus aigu malin de l'homme de la fièvre aphteuse.

Diagnostic. — La profession des malades, les comménoratifs d'une piqûre ou d'une plaie aux mains et de contacts irritants, le début fébrile, les symptômes généraux graves permettront dans la majorité des cas de reconnaître la nature de l'affection dès que l'éruption caractéristique se sera montrée.

En somme, dans ces conditions, le diagnostic s'imposera de *maladie infectieuse aiguë fébrile grave avec éruption pemphigoïde ;* nous ne pouvons à l'heure actuelle aller plus loin dans cette voie de différentiation des diverses dermatoses bulleuses à allures aiguës.

Il faudra tâcher de ne pas confondre ces faits avec de simples *brûlures* du premier et du deuxième degré. La dissémination des lésions, leur circonscription, l'état général grave, la fièvre intense, les commémoratifs prouvant l'antériorité du malaise général, et l'apparition secondaire des accidents cutanés, permettront presque toujours d'établir le diagnostic.

Les *éruptions bulleuses médicamenteuses* en diffèrent par leur aspect, leur évolution et les commémoratifs. (Voir éruptions de l'antipyrine et de l'iodure de potassium.)

L'*urticaire bulleuse* ne s'accompagne pas d'un état général grave.

La *varicelle* a des éléments éruptifs beaucoup plus petits.

Le *pemphigus épidémique* de l'adulte ne présente ni la même évolution ni la même gravité d'allures.

Il en est de même pour l'*érythème polymorphe vésiculo-bulleux*.

Traitement. — D'après ce que nous venons de dire sur la pathogénie probable du pemphigus aigu fébrile grave, on ne doit pas s'estimer désarmé en présence de cette affection, et se borner à l'expectation.

Il faut, ce nous semble, instituer avec énergie le traitement rationnel des maladies infectieuses, donner la quinine, l'extrait mou de quinquina, l'ergotine à hautes doses, au besoin la caféine et la digitale s'il y a de l'oligurie ou de la faiblesse cardiaque, faire de grands lavages de l'intestin, alimenter le malade avec d'excellent lait, et même lui administrer des alcools de qualité supérieure, au besoin recourir à la kola, à la coca, etc. On devra en outre, quand c'est possible, faire de grandes injections de sérum dans le but de pratiquer le lavage du sang.

Inutile de dire que dans les périodes d'adynamie on injectera du sérum, de la caféine et de l'éther.

Au point de vue local, on se contentera d'instituer le pansement qui gênera le moins le malade et le soulagera le plus. Nous estimons qu'à cet égard ce seront les pansements avec des corps gras aseptiques, vaseline, liniment oléo-calcaire, cold-cream frais sans odeur, recouverts d'enveloppements ouatés qui donneront les meilleurs résultats.

Les diverses complications seront soignées selon les indications du moment.

4° PEMPHIGUS VÉGÉTANT

Historique. — En 1869 Kaposi a publié un cas de cette affection sous le nom de *Syphilide cutanée papilliforme*, et Auspitz deux autres sous le nom d'*herpes vegetans*.

Mais c'est J. Neumann (Wiener, *Med. Jahrb.*, 1876, Heft 4) qui a réellement créé ce type morbide et en a fait une affection bulleuse spéciale, caractérisée par ses localisations aux grands plis articulaires, aux aines en particulier, autour de la bouche, aux pieds et aux mains, par la production de végétations aux endroits sur lesquels les bulles s'étaient développées, par son évolution chronique, et par la gravité du pronostic.

Depuis lors les nouvelles publications de cet auteur, les travaux de Riehl, de Radcliffe Crocker, d'Hutchinson, de Marianelli, d'Haslund, de Köbner, de Tommasoli qui donne à cette affection le nom de *Condylomatose Pemphigoïde maligne*, d'Unna qui lui donne le nom d'*erythema bullosum vegetans*, etc..., ont complété le tableau morbide de cette rare et curieuse dermatose. (Voir pour de plus amples détails notre article de la *Pratique Dermat.*)

Symptômes. — *Mode de début.* — Dans la majorité des cas le pemphigus végétant débute par les muqueuses buccales ou génitales, rarement par la muqueuse nasale. Les malades éprouvent tout d'abord des sensations de gêne dans la gorge, de la difficulté à avaler, parfois même de véritables douleurs dans la bouche et le pharynx. Ces phénomènes subjectifs sont en relation avec la formation de bulles sur la langue, la face interne des joues, la voûte palatine, le voile du palais et le pharynx.

Parfois la maladie débute par un point quelconque des téguments, par exemple par le creux axillaire, comme dans un cas de Neumann, par des ulcérations au niveau des ongles comme dans un cas d'Herxheimer, par l'abdomen, par les membres inférieurs, comme dans les cas d'Auspitz, etc.

Peu à peu l'éruption s'aggrave et s'étend, les lèvres se prennent, puis des bulles se montrent en d'autres points du corps. L'affection met environ de quelques jours à quelques semaines, parfois même quelques mois, pour arriver à la période d'état.

Période d'état. — La lésion élémentaire du pemphigus végétant est une bulle, parfois tendue et renfermant, du moins dès son apparition, un liquide transparent, parfois plus flasque, aplatie, contenant un liquide trouble, séro-purulent. Ces bulles peuvent tout d'abord évoluer comme des bulles de pemphigus vulgaire et guérir rapidement : puis peu à peu au lieu de se conduire comme les bulles ordinaires de pemphigus ou de dermatite polymorphe douloureuse, au lieu de se rompre ou de se dessécher et de disparaître en laissant une croûte ou des débris épidermiques, puis une tache plus ou moins pigmentée, la bulle ou la pustulo-bulle du pemphigus végétant laisse après elle une surface à vif, suintante, qui sécrète un liquide séro-purulent horriblement fétide, surtout aux pieds et aux grands plis articulaires. Cette surface excoriée ou mieux exulcérée et qui ne présente aucune tendance à la cicatrisation, végète, se couvre de saillies papillomateuses plus ou moins développées et inégales, lesquelles continuent à suinter, et se recouvrent de croûtes fétides d'un jaune noirâtre, en même temps que de nouveaux éléments bulleux ou pustuleux se développent dans le voisinage.

D'après Köbner c'est cinq ou six jours après la rupture des bulles que la transformation caractéristique en élevures devient apparente : celles-ci commencent par le centre, se développent rapidement en largeur et en hauteur, forment bientôt des proliférations groupées, confluentes, mamelonnées, semblables à des condylomes larges : elles sont limitées par une aréole excoriée, autour de laquelle se voit d'ordinaire une saillie épidermique serpentine bulleuse, en forme de collerette.

Ces groupes de prolifération s'étendent ainsi d'une manière serpigineuse; en outre, à côté d'eux, se forment des foyers nouveaux plus petits, le tout donnant l'impression d'une infection locale extensive.

Parfois cependant quelques-uns de ces éléments finissent par se cicatriser après une évolution plus ou moins longue. Ils laissent dans ce cas après eux une surface fortement pigmentée. Au début même ces cicatrisations peuvent se faire relativement vite, mais peu à peu elles sont plus tardives; enfin elles ne se produisent plus.

Les régions cutanées qui sont le plus fréquemment atteintes sont les lèvres, surtout vers leurs commissures où les saillies végétantes forment deux sortes de bourrelets de 1 à 3 centimètres de largeur lesquels impriment immédiatement au malade un aspect caractéristique, les régions axillaires, les régions inguinales et les parties génitales, les espaces interdigitaux aux mains et surtout aux pieds, le sillon sous-mentonnier, l'abdomen, la poitrine, parfois le dos, le cuir chevelu, les points de pression tels que l'occiput, les épaules, les hanches, le sacrum, les diverses muqueuses que nous avons déjà signalées, y compris les conjonctives, le vagin et le rectum.

Les localisations de beaucoup les plus importantes, pathognomoniques pour ainsi dire, sont donc, comme l'a fort bien fait remarquer Radcliffe Crocker, toutes les régions où les téguments sont soumis à la macération et à la chaleur par suite de la pression constante de la peau contre la peau.

C'est en ces points qu'après la rupture rapide des bulles, les proliférations papillomateuses atteignent leur maximum de développement et arrivent parfois à faire des saillies de 5 millimètres à 1 centimètre et même plus au-dessus du niveau normal des téguments. La fétidité des sécrétions y est extrême.

On comprend que ces exulcérations fongueuses, suintantes, associées à des lésions des muqueuses, donnent tout d'abord aux observateurs l'idée d'accidents spécifiques, et c'est très probablement ainsi qu'ont dû être diagnostiqués autrefois les cas de pemphigus végétant. (L. Brocq : *Pratique Dermat.*)

Marche. Durée. Terminaison. — Il semble que la marche de cette maladie soit constamment et fatalement progressive. Des éléments nouveaux se produisent par poussées successives. Les points d'attaque primitifs s'étalent ; il s'en forme de nouveaux. Il survient parfois, mais rarement, des périodes de calme, pendant lesquelles les lésions semblent entrer en régression et même guérir en partie, puis la maladie reprend son cours. Peu à peu l'alimentation devient de plus en plus difficile grâce aux lésions de la bouche et du pharynx. En outre les progrès même de l'affection épuisent le malade qui arrive ainsi, par déchéance générale, par diarrhée incoercible, par insuffisance de nutrition, et par anorexie, à un extrême degré d'émaciation et de cachexie. La mort survient dans le marasme progressif, par auto-infection et épuisement, avec délire et coma terminal, ou bien elle est hâtée par une complication quelconque, diarrhée profuse, pneumonie. Cette terminaison fatale se fait en quelques semaines, quelques mois, plus rarement quelques années : la durée moyenne de l'affection est, d'après Köbner, de trois à sept mois.

Il est fréquent de voir les lésions cutanées rétrocéder et tendre à s'évanouir, dès que les accidents graves ultimes font leur apparition.

Il semble cependant qu'il y ait des cas de cette affection où le pronostic soit moins sombre. On en a publié dans lesquels on a vu survenir une quasi-guérison qui a persisté pendant quelques mois ou quelques années, puis la mort s'est produite pendant une récidive.

Il y a des maladies bulleuses avec végétations qui durent pendant plusieurs années sans que les sujets arrivent au marasme : il y en a même qui aboutissent à la guérison. Ces faits doivent-ils être rangés dans le pemphigus végétant vrai? doivent-ils être considérés comme constituant d'autres entités morbides? Telle est la question fort difficile à résoudre qui se pose à l'heure actuelle. Nous allons en parler un peu plus loin en traitant de la nature et du diagnostic du pemphigus végétant.

Phénomènes insolites. — Assez fréquemment on observe de l'onyxis suppurative des ongles des doigts et des orteils; elle peut les envahir en totalité ou en partie : dans un de nos cas tout le pourtour des ongles était papillomateux, fongueux et suintant aux mains et aux pieds.

Hallopeau a vu les végétations donner lieu en rétrocédant à la formation de cicatrices indélébiles.

La fièvre est rare, cependant elle a existé par périodes dans un cas qui nous est personnel.

Phénomènes subjectifs. — Les malades souffrent de douleurs des plus pénibles aux régions atteintes, en particulier à la bouche et au pharynx ; la mastication et même la déglutition deviennent des plus difficiles. Il peut y avoir d'après Köbner et Jacquet un prurit plus ou moins violent survenant par crises. (L. Brocq ; *Pratique Dermat.*)

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique du pemphigus végétant a été faite par de nombreux auteurs, parmi lesquels il convient de citer Neumann, Radcliffe Crocker, Marianelli, C. Müller, Köbner, Leredde, Gastou. (Voir en outre l'histopathologie d'Unna, chapitre *Erythema bullosum vegetans.*)

La bulle du pemphigus végétant ne semble rien présenter de spécial. D'après Luithlen il y aurait soulèvement complet du corps de Malpighi par clivage, et dénudation du corps papillaire. La bulle serait donc formée par le détachement total du reste de la couche basilaire de l'épiderme ; il ne resterait adhérent au derme que quelques prolongements interpapillaires.

Quant aux végétations, elles ont été très soigneusement étudiées. Elles sont revêtues d'un stratum corné et granuleux intact : le corps muqueux de Malpighi y est très augmenté de volume, surtout au niveau des prolongements interpapillaires ; il peut y atteindre jusqu'à 5 ou 6 fois ses dimensions normales. Les cellules épineuses y sont nettement en voie de prolifération et de division. Il renferme à diverses hauteurs, mais surtout vers la couche cornée, des nids isolés de cellules rondes, arrondies ou ovalaires, parmi lesquelles, d'après Gastou, se voient des éosinophiles ; ces amas cellulaires donnent l'impression de petits abcès intra-épidermiques ; ils sont entourés de cellules épineuses en voie de dégénérescence. Unna les décrit sous le nom d'abcès secs, et les distingue des larges dilatations séreuses qui se forment dans l'épithélium par communication avec les lymphatiques dilatés du corps papillaire. Ce sont ces petites collections qui, en s'ouvrant à la surface, donnent naissance aux points humides que l'on aperçoit au niveau des plaques végétantes.

Au-dessous d'eux, en allant vers le corps papillaire, se voient des traînées étroites de cellules migratrices.

Tous les vaisseaux sanguins et lymphatiques du corps papillaire sont très dilatés. A la partie inférieure du derme et dans le tissu sous-cutané se trouvent quelques artères et quelques veines rétrécies par prolifération de leur membrane interne, c'est-à-dire par artérite ou phlébite oblitérante.

Les couches supérieures du derme sont d'ailleurs infiltrées de cellules rondes.

Les glandes sudoripares sont légèrement atteintes : leur épithélium est tuméfié, œdématié, irrégulièrement proliféré par place ; leurs conduits excréteurs sont çà et là dilatés, leur cuticule est tuméfiée (voir Köbner).

Les glandes sébacées sont également un peu altérées : elles sont entourées d'une infiltration assez marquée de cellules embryonnaires.

Ehrmann et Török ont trouvé des lésions dans la moelle épinière, Marianelli dans le ganglion cervical supérieur du grand sympathique. Westberg a noté vers la moelle cervicale une coloration plus claire des cordons de Goll et de la zone des racines postérieures ; les cordons antérieurs étaient un peu plus pâles qu'à l'état normal ; il y avait surtout une atrophie marquée des racines antérieures de la moelle lombaire.

On a signalé aussi de nombreuses lésions viscérales, pneumonie, congestion pulmonaire, dégénérescence graisseuse des reins et du foie, etc.

Neumann, Leredde et Dubreuilh ont noté la présence dans le sang de nombreuses cellules éosinophiles.

Dans deux cas de pemphigus végétant L. Waelsch a constaté la présence, dans les bulles et dans le sang, d'un bacille pseudo-diphtérique qu'on ne peut encore regarder comme étant l'agent pathogène de l'affection.

Cependant Stanziale l'a retrouvé dans un cas admirablement étudié, associé à un autre bacille spécial, minuscule, qu'il a cultivé sur des milieux additionnés de sang : de telle sorte qu'il a pu se demander si le pemphigus végétant ne résulterait pas d'une infection mixte. On trouve en outre, comme Marianelli l'a démontré, du staphylocoque doré.

Étiologie. Pathogénie. — Rien de plus obscur que l'étiologie du pemphigus végétant.

Les deux sexes semblent être atteints dans des proportions à peu près égales. C'est une maladie de l'âge adulte ; elle est possible, mais rare, après soixante ans. Riehl en a fait connaître un cas chez une jeune fille de treize ans, et Matzenauer un autre chez une jeune fille de douze ans.

Dans un cas qui nous est personnel le début sembla se faire par une stomatite aphteuse que l'on avait attribuée à du lait provenant de vaches atteintes de fièvre aphteuse.

Köbner croit que l'on doit incriminer une intoxication générale analogue à celle que provoque par exemple l'iodure de potassium, quand il donne lieu à de l'iodisme bulleux végétant. Westberg admet lui aussi qu'il s'agit d'une toxine qui détermine l'apparition de bulles. une dégénérescence parenchymateuse des organes, enfin l'atrophie de la moelle. Unna en fait une dermatose locale, infectieuse, autoinoculable.

En réalité on ne sait rien de précis sur l'origine du pemphigus végétant.

Nature de la maladie. — Elle est totalement inconnue, et l'on n'a pu jusqu'ici que formuler des hypothèses. Certains auteurs nient qu'il existe une entité morbide définie digne du nom de pemphigus végétant ; pour eux la végétation dans les éruptions bulleuses n'est qu'un mode de réaction de la peau sous l'influence d'une cause occasionnelle ou d'une prédisposition spéciale.

On ne peut nier qu'il se produise parfois, dans des maladies bulleuses assez bien définies, des végétations qui semblent dépendre uniquement de causes occasionnelles ou de prédispositions : tel est l'iodisme bulleux végétant ; telles sont proba-

blement aussi les complications végétantes qui se voient dans quelques cas rares de dermatite herpétiforme. Mais l'affection que nous venons de décrire ne présente-t-elle pas les allures d'une maladie bien définie ? Et n'y a-t-il pas, à côté des végétations sans grande signification qui compliquent certaines affections bulleuses, une maladie spéciale et spécifique vraiment digne du nom de pemphigus végétant ? C'est ce que nous sommes tenté de croire.

Diagnostic. — Il y a trois affections qui offrent de frappantes ressemblances avec le pemphigus végétant : ce sont les syphilides végétantes, les accidents bulleux et végétants de l'iodisme, les formes végétantes des dermatites polymorphes douloureuses.

Les *syphilides végétantes* diffèrent du pemphigus végétant par l'absence de prurit et de sensations lancinantes, par l'absence de petites bulles intactes ou à moitié ouvertes, ou tout au moins d'une collerette épidermique onduleuse vestige de ces bulles tout autour des végétations, par une évolution plus rapide, moins successive, enfin par le bon effet curatif des pansements locaux, et du traitement antisyphilitique qui aggrave au contraire les éruptions du pemphigus.

Dans l'*iodisme bulleux et végétant* les lésions sont disséminées çà et là sans ordre aucun sur toute la surface des téguments ; elles ne sont pas systématisées comme celles du pemphigus végétant. Mais il convient toujours, en présence de bulles végétantes, de penser à la possibilité de l'iodisme et de rechercher si l'iodure de potassium n'a pas été administré.

Les *formes végétantes des dermatites polymorphes douloureuses* diffèrent du vrai pemphigus végétant par la coexistence sur les autres régions des téguments d'une éruption polymorphe caractéristique, par des phénomènes douloureux et prurigineux fort intenses, par une longue durée des accidents qui évoluent souvent pendant des mois et des années sans que l'état général devienne rapidement mauvais, par la localisation habituelle des végétations aux pieds, aux orteils, parfois aux aines, au scrotum, aux aisselles, rarement aux commissures des lèvres.

Rappelons que Leredde soutient que, dans le pemphigus de Neumann, on observe de l'éosinophilie tout aussi bien que dans la maladie de Duhring, et que, pour lui, dermatites polymorphes douloureuses, dermatites pustuleuses d'Hallopeau et pemphigus végétant, ne sont que des formes morbides diverses d'une seule et même maladie fondamentale, dont la caractéristique anatomique serait l'éosinophilie.

Nous ne pouvons dire si cette conception est exacte ; mais nous devons faire remarquer que, si l'on rattache les formes végétantes des dermatites polymorphes douloureuses au pemphigus végétant, il faut en faire une variété polymorphe, bénigne, prolongée.

Le diagnostic du pemphigus végétant au début, lorsqu'il est localisé aux muqueuses, en particulier à la muqueuse buccale, est des plus difficiles. Il peut être confondu avec la *stomatite ulcéro-membraneuse,* dont il diffère par la plus grande superficialité des lésions ; avec la *stomatite aphteuse simple,* avec l'*hydroa vésiculeux,* avec les *dermatites polymorphes douloureuses.* Dès que la muqueuse buccale prolifère dans ces cas, l'attention du médecin doit être éveillée.

Pronostic. — Le tableau primitif du pemphigus végétant, tel que l'avait tracé Neumann, était éminemment sombre : la mort était la terminaison constante de cette maladie.

Il est probable que cet auteur a observé, depuis lors, des cas de pemphigus

avec végétations qui ont eu une terminaison heureuse, car le 13 mai 1898, à la Société des médecins de Vienne, à propos d'une communication de Mracek sur un cas de pemphigus végétant observé chez une femme de soixante-huit ans, depuis plusieurs années, avec périodes d'accalmie et de poussées successives et conservation d'un bon état général, il a déclaré que son opinion première s'était modifiée au point de vue du pronostic de cette affection : si les végétations se dessèchent et s'épidermisent, le pronostic, quant à la vie, devient meilleur, en ce sens que ces cas n'entraînent pas la mort dans l'espace de quelques mois, mais guérissent en un laps de temps plus ou moins long.

Il y aurait donc une forme grave fatale, et une forme bénigne de pemphigus végétant; reste à savoir si ces dernières ne sont pas des dermatites polymorphes douloureuses végétantes.

Traitement. — Jusqu'ici toutes les médications possibles ont échoué dans les formes graves, c'est-à-dire typiques du pemphigus végétant.

Radcliffe Crocker, d'après Hutchinson, préconise l'opium à hautes doses comme médicament interne ; cependant cette substance a échoué dans le cas qu'il a observé. Il en a été de même pour la strychnine, que Neisser a conseillée en injections hypodermiques, et pour l'arsenic, que de nombreux auteurs ont essayé par la bouche ou en injections sous-cutanées. Nous ne savons si l'on a déjà expérimenté le cacodylate de soude.

Il est évidemment indiqué de tâcher de soutenir le malade par toute espèce de toniques et par une alimentation appropriée sous forme liquide ou en consistance pâteuse, qui puisse être absorbée sans difficulté. (Voir *Traitement du pemphigus chronique*.)

Au point de vue local, Köbner recommande de faire des raclages énergiques et d'aussi bonne heure que possible de toutes les surfaces papillomateuses. Il emploie pour cela la curette tranchante, puis il cautérise les surfaces ainsi mises à vif avec le thermocautère[1]. Ultérieurement, s'il se produit de nouveaux éléments à la périphérie des points touchés, il les cautérise avec de la teinture d'iode aussi fréquemment qu'il le juge utile. Il croit que le trichlorure d'iode en solution à 1 p. 1 000 est le topique qui lui a donné les meilleurs résultats. Il poudre ensuite avec du dermatol ou avec toute autre poudre inerte.

Neumann et Radcliffe Crocker ont employé, avec un certain succès, des bains prolongés pour nettoyer les malades et les soulager. Ils recommandent aussi de fréquents lavages de la bouche avec des solutions de chlorate de potasse, et des pulvérisations avec des solutions faibles de permanganate de potasse. (L. Brocq : *Pratique Dermat.*)

Maladie d'Hallopeau. — Hallopeau a décrit, en 1889, comme étant une forme morbide spéciale, une affection à laquelle il a donné le nom de *dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique*, puis de *pyodermite végétante ;* en 1898, il l'a réunie au pemphigus végétant de Neumann dont il la considère comme constituant une forme suppurative.

Il la rapproche de notre dermatite herpétiforme végétante. Nous ne pouvons entrer dans d'amples détails sur la forme décrite par Hallopeau : les limites de cet ouvrage ont leurs exigences. Nous nous contenterons de transcrire les conclusions

[1] Dubreuilh proteste contre cette pratique un peu brutale : il croit que l'on peut obtenir la disparition des végétations à moins de frais en les couvrant de poudre de sabine et d'acide salicylique.

d'un des mémoires de cet auteur, certains ainsi de ne pas dénaturer sa pensée.

« 1° Ce type morbide... est une forme suppurative de la maladie que Neumann a fait connaître sous le nom désormais impropre de pemphigus végétant.

« 2° Cette maladie peut se présenter sous une forme bulleuse, sous une forme pustuleuse et sous une forme mixte, à la fois bulleuse et pustuleuse.

« 3° L'existence de la forme exclusivement pustuleuse ne permet pas de conserver à cette maladie le nom de pemphigus végétant : nous avons proposé de l'appeler maladie de Neumann jusqu'au jour où l'on connaîtra l'agent infectieux, microbe ou toxine, qui en est la cause prochaine.

« 4° Cette maladie est souvent d'un pronostic relativement bénin : ses manifestations disparaissent sous l'influence d'un traitement approprié, malheureusement ses localisations fréquentes au pourtour des orifices, ainsi que dans la cavité buccale, rendent souvent incomplet son traitement antiseptique.

« 5° Elle diffère de la dermatite herpétiforme par sa progression par auto-inoculation, par le caractère végétant de ses bulles, par son asymétrie fréquente, par le volume considérable que peuvent prendre ses végétations, par l'inconstance des sensations douloureuses, par la persistance pendant des mois et des années, au pourtour des orifices ou dans la cavité buccale, de lésions végétantes suppuratives sous l'influence locale d'irritations incessamment renouvelées.

« 6° L'éosinophilie est un phénomène commun à un trop grand nombre d'états morbides pour que l'on puisse lui attribuer une valeur dans la classification nosologique.

« 7° Cette maladie diffère de l'impétigo herpétiforme par la profondeur des suppurations, par l'absence de soulèvements épidermiques en nappes curvilignes, par l'absence de réaction fébrile, et par son pronostic beaucoup moins grave ; elle ne mérite pas, comme cette maladie, le nom d'*infection purulente tégumentaire maligne*.

« 8° Un érysipèle intercurrent augmente passagèrement l'acuité des lésions dans les parties qu'il envahit ; ce fait contraste avec l'action bienfaisante et parfois curative de cette même complication dans le lupus.

« 9° Le type morbide que nous avons décrit n'est pas une maladie, mais seulement une forme morbide nouvelle : celle-ci est néanmoins nettement différenciée : c'est la forme pustuleuse de la maladie de Neumann dite à tort pemphigus végétant. » (Hallopeau, *Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 10 nov. 1898.)

B. — DERMATOSES D'ORIGINE PROBABLEMENT MICROBIENNE

A MICROBES ENCORE INCONNUS

POUVANT RESTER LOCALES OU SE GÉNÉRALISER

1° APHTES

On donne le nom d'*aphtes* à une affection assez fréquente, qui siège surtout sur la muqueuse buccale, et qui est caractérisée par la production de vésicules éphémères suivies d'ulcérations superficielles.

On a décrit sous le nom *d'aphtes de Bednar, d'aphtes du palais, de plaques ptérygoïdiennes de Parrot* une affection rare, objectivement caractérisée par

l'existence de deux grandes taches jaunes, aplaties, légèrement saillantes, symétriquement situées de chaque côté du raphé médian du voile du palais; elles s'observent surtout chez les jeunes enfanls; elles peuvent se résorber, ou bien s'ulcérer soit superficiellement, soit profondément. Pour les uns cette lésion est d'origine purement mécanique, pour d'autres elle est microbienne.

Nous nous contenterons de la mentionner.

La lésion élémentaire connue sous le nom d'*aphte* peut se produire par poussées sous l'influence de causes diverses chez des individus prédisposés.

C'est la forme morbide que nous devons étudier ici.

Elle peut être au contraire symptomatique d'une maladie infectieuse, contagieuse, inoculable, épidémique, qui dérive de la fièvre aphteuse des ovidés et des bovidés, de la cocotte, et qui se transmet le plus souvent à l'homme par l'ingestion du lait provenant d'animaux malades.

A **Aphtes proprement dits.** — Ils occupent soit la muqueuse buccale, soit la muqueuse vulvaire, mais ils sont infiniment plus fréquents à la bouche.

Symptômes. — L'éruption aphteuse est objectivement caractérisée par de la rougeur de la muqueuse, puis par la formation de vésicules arrondies ou ovalaires, pleines, tendues, transparentes, et qui deviennent rapidement d'un blanc opaque: elles sont fréquemment entourées d'un liséré rouge vif. D'ordinaire elles sont peu nombreuses : assez souvent même on n'en observe qu'une ou deux.

Dans une deuxième période l'épiderme disparaît, et il reste à nu une sorte d'exulcération de la forme et de la grandeur de la vésicule primitive, parfois un peu plus étendue, recouverte d'une sorte d'exsudat blanc jaunâtre ou grisâtre, et ayant à sa périphérie une sorte de bourrelet saillant entouré d'une aréole rosée ou rouge vif. Peu à peu ce bourrelet s'affaisse et la lésion prend tout à fait l'aspect d'une ulcération assez superficielle à bords arrondis ou ovalaires, taillés à l'emporte-pièce, à fond grisâtre ou blanc jaunâtre.

Cet enduit qui recouvre la perte de substance est fort adhérent, et on ne peut l'enlever qu'avec difficulté, en faisant saigner la muqueuse sous-jacente. L'étendue de ces éléments varie de 2 à 5 millimètres et quelquefois même à un centimètre de diamètre (Worms). On les a vus devenir confluents et former ainsi des ulcérations irrégulières.

Nous en avons observé d'énormes, qui arrivaient à constituer des ulcérations de plusieurs millimètres de profondeur et de 2 à 3 centimètres de diamètre.

Au bout d'un laps de temps variable, deux ou trois jours en moyenne, parfois une semaine et plus, le fond de l'ulcération se déterge, et il reste une surface rouge rosée qui se recouvre rapidement d'épiderme. Dans quelques cas, pendant toute son évolution, l'ulcère reste couvert d'exsudat: cet exsudat se rétrécit peu à peu, et, à mesure qu'il disparaît de la périphérie, l'épithélium se reconstitue aux points dégagés. Enfin la partie centrale se détache, et au-dessous on trouve le derme muqueux complètement réparé (Worms).

Le siège habituel des aphtes est la face interne des lèvres et des joues, les parties voisines du frein de la langue, les bords et la pointe de cet organe ; chez les enfants on les observe surtout à la voûte palatine. Sur la langue ils ont une forme assez irrégulière: ils simulent parfois des sortes de fissures, et peuvent être cachés entre les papilles.

Cette affection est ennuyeuse à cause de la douleur qu'elle cause et de la gêne

qu'elle apporte à la parole et à la mastication des aliments, surtout lorsqu'elle siège sur les bords de la langue, et lorsque les malades ont des dents cariées qui entretiennent les érosions. Elle détermine parfois de la fétidité de l'haleine ; la salivation est presque toujours augmentée.

Les nourrissons qui en sont atteints ne tètent que difficilement : chez eux cette maladie se complique souvent de muguet, parfois de diarrhée, de fièvre, et dans quelques cas elle peut même avoir une terminaison fatale.

Chez les adultes les aphtes sont presque toujours peu nombreux et ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux. Il est beaucoup plus rare d'observer chez eux une éruption aphteuse considérable, très abondante, avec réaction fébrile, céphalalgie, léger embarras gastrique, sensation très vive de chaleur et de cuisson de toute la muqueuse buccale. On a décrit une forme grave de l'affection dans laquelle se produiraient des symptômes analogues à ceux de la fièvre typhoïde. (Voir plus loin fièvre aphteuse.)

La durée totale d'une poussée aphteuse varie éminemment suivant les cas: lorsqu'il n'y a qu'un nombre restreint d'éléments éruptifs, tout est terminé en peu de temps, en cinq à dix jours environ ; mais, s'il y a des éléments nombreux ou des poussées successives, la durée peut être beaucoup plus longue.

Étiologie. — Les aphtes s'observent surtout chez les enfants, de six mois à trois ans, mais nous avons vu que les adultes ne sont pas épargnés. On a voulu faire jouer dans leur étiologie un rôle à la constitution lymphatique, à l'encombrement, à la mauvaise hygiène, à l'humidité (certains climats et certains pays, comme la Hollande, semblent y prédisposer).

Ce qui est plus sûr, c'est qu'ils semblent parfois coïncider avec de l'embarras des voies digestives, qu'ils se développent à la suite de l'ingestion de certaines substances comme les poissons conservés, les fromages forts, les noix, les noisettes, etc... sous l'influence de certains contacts irritants tels que ceux du tabac, des dents cariées, etc..., ou à l'occasion des règles chez des sujets prédisposés (diathèse aphteuse de Worms).

Nous ne nous arrêterons pas à discuter quelle peut être la nature réelle de cette affection : on l'a considérée (Billard) comme l'inflammation des follicules muqueux de la muqueuse buccale; on l'a même (Worms) appelée l'acné des muqueuses; mais on a prouvé (Damaschino) que les follicules ne sont pas directement intéressés. Peut-être l'éruption aphteuse n'est-elle qu'un symptôme commun à divers états morbides. Peut-être n'est-elle qu'une affection microbienne, mais on n'en connaît pas l'agent pathogène.

Diagnostic. — Quoi qu'il en soit, elle est assez bien caractérisée au point de vue objectif pour que le diagnostic en soit presque toujours facile. Il est bien rare que l'on soit consulté par un malade ne présentant que des lésions à la période vésiculeuse; le plus souvent c'est pour les petites ulcérations qu'il réclame l'assistance du médecin.

Les ulcérations aphteuses sont plus volumineuses et plus profondes que celles de l'*herpès;* elles n'ont pas les mêmes localisations ; elles ne sont pas aussi groupées. Elles diffèrent des ulcérations de la *stomatite ulcéro-membraneuse* par leur moindre gravité, leur moindre abondance, leur moindre profondeur, leur régularité, leur dissémination sans aucun ordre, etc... (Voir pour ce diagnostic les ouvrages classiques.) Les *ulcérations dentaires* s'en distinguent par leur fixité, leur forme caractéristique, moulée sur la saillie dentaire cause du mal, par leurs

localisations, par la réaction inflammatoire des plus vives dont elles sont le siège.

On a décrit (en particulier Butlin) sous le nom d'*ulcérations simples dyspeptiques ou catarrhales* de petites érosions qui se voient le plus souvent sur la face dorsale de la langue vers son extrémité ; la langue est rouge, presque à vif, congestionnée; les papilles filiformes manquent; les fongiformes sont saillantes, et sur ce fond enflammé existent de petites ulcérations superficielles sans limites définies ni caractères précis. En dehors des régions irritées, il y a un enduit saburral abondant. Comme autre variété d'*ulcérations dyspeptiques*, le même auteur décrit des ulcérations circulaires, bien limitées, siégeant sur le bout de la langue, consécutives à la rupture de vésicules ou de pustules petites, variant comme grandeur de celle d'une tête d'épingle à celle d'un demi-pois; parfois elles sont plus étendues et sont recouvertes d'une mince couche de matière grisâtre, ou bien sont d'un rouge vif; elles sont très sensibles et irritables, d'autant plus que, grâce à leur siège, elles sont en contact constant avec les dents: elles sont sujettes à récidiver (Butlin). Nous avouons pour notre part ne pas voir de caractères différentiels bien nets entre cette deuxième variété d'ulcérations dyspeptiques et les aphtes proprement dits.

Traitement. — Si les aphtes coïncident avec un état général bien marqué, soit embarras gastrique, soit toute autre affection, il faut instituer une médication rationnelle dirigée contre cette maladie. C'est ainsi que pour les enfants en bas âge, chez lesquels les aphtes coïncident souvent avec un certain état catarrhal des voies digestives, beaucoup d'auteurs recommandent d'administrer un purgatif léger, un peu de magnésie, de rhubarbe ou d'huile de ricin ; dans des circonstances analogues on donnera aux adultes un purgatif ou un éméto-cathartique, ou mieux, d'après nous, tous les matins un laxatif doux, tel que du citrate de magnésie granulé effervescent.

En somme, nous ne connaissons pas de traitement général des aphtes, bien que Butlin dans les cas sérieux recommande la médication de la stomatite ulcéro-membraneuse, et fasse prendre du chlorate de potasse à l'intérieur. Il nous semble que le médecin doit surtout s'efforcer d'agir au point de vue local. D'ailleurs, les aphtes discrets, qui constituent de beaucoup les cas les plus nombreux, guérissent presque toujours spontanément, sans la moindre médication.

Chez les enfants en bas âge on recommandera de faire des applications locales calmantes, des lotions fréquentes avec de l'eau d'orge, de guimauve ou du mucilage de semences de coings additionné ou non d'un peu de borate de soude. Il faudra surveiller leur régime s'ils sont élevés au biberon ou s'ils sont déjà sevrés ; on s'occupera en particulier de la qualité du lait et de sa provenance (voir plus loin *Fièvre aphteuse*).

Chez les adultes, on prescrira des lotions fréquentes de la bouche avec une solution de borate de soude ou de bicarbonate de soude ; Butlin se sert aussi de solutions de chlorate de potasse, et dans les cas rebelles de solutions faibles d'alun ; si les douleurs sont vives, on choisira la décoction de têtes de pavots ou bien l'on ajoutera à la solution alcaline employée quelques gouttes de laudanum. Pendant tout le temps que durera l'affection on prendra pour la bouche des soins de propreté exagérés, surtout si l'on a des dents cariées et des pièces dentaires. S'il y a des ulcérations aphteuses qui soient entretenues et rendues plus douloureuses par une aspérité quelconque (dent ou dentier), il faudra faire immédiatement sup-

primer cette cause d'irritation qui pourrait aboutir à la formation d'une véritable ulcération dentaire.

On surveillera de très près le régime alimentaire ; le malade s'abstiendra soigneusement de toute boisson alcoolique, de mets trop chauds, trop acides, trop sucrés, trop difficiles à mâcher.

On (Worms) a conseillé de toucher les surfaces des aphtes avec de l'éther pour dissoudre l'exsudat qui les recouvre. Nous ne voyons pas trop pour notre part l'utilité de cette pratique.

Quelques personnes semblent retirer un certain avantage de cautérisations assez superficielles que l'on fait sur chaque ulcération dès sa formation, soit avec un peu d'alun pulvérisé, soit avec de l'alcool ou de l'eau de Cologne, soit avec une petite goutte d'acide chlorhydrique pur ou alcoolisé, soit avec une solution faible d'acide chromique (de 1/60 à 1/10), soit avec la pointe d'un crayon de sulfate de cuivre, soit avec une solution de nitrate d'argent au 1/10. Dans cet ordre d'idées nous nous sommes surtout bien trouvés de badigeons quotidiens ou biquotidiens des ulcérations avec une solution aqueuse de bleu de méthylène allant du 1/250 au 1/25.

Vulvite aphteuse de l'enfant. — La *vulvite aphteuse de l'enfant* est, comme son nom l'indique, une affection spéciale à l'enfance, qui survient surtout dans le cours de la rougeole, et qui peut se développer sous forme d'épidémie.

Son existence avait été admise dès la plus haute antiquité, puis elle était tombée dans l'oubli ; on l'avait confondue avec l'herpès de la vulve, auquel elle ressemble par beaucoup de points ; c'est à Parrot qu'appartient l'honneur d'en avoir définitivement fixé les caractères. (Voir thèses de Surjus et de Sarazin.)

Symptômes. — La vulvite aphteuse peut être divisée en trois périodes (Parrot).

1° Dans une *première période* (*vésiculeuse*), il se produit une éruption de vésicules dont le nombre varie de 2 à 15, « caractérisée tout d'abord par de petits éléments demi-sphéroïdaux d'un gris jaunâtre ou blanchâtre, de 1 à 4 millimètres de diamètre, formés par un soulèvement de l'épiderme. Quelquefois la cuticule s'enlève, et il reste une surface rouge et un peu suintante... Cette période dure de trente-six à quarante-huit heures. Les parties voisines ne présentent le plus souvent aucune trace d'inflammation : elles ont une couleur normale.

2° « Dans la *seconde période* (*ulcéreuse*), les lésions ont évolué et revêtent la forme de petits ulcères arrondis, cupuliformes, à fond gris jaunâtre. Ces ulcérations peuvent résulter de la réunion de plusieurs ulcères plus petits, et ont alors parfois de 1 à 3 centimètres de diamètre. Dans ce cas, leurs bords ne sont pas réguliers, mais formés de lignes courbes. Les parties voisines sont le siège d'une inflammation assez vive ; elles sont tuméfiées, rouges, œdématiées, surtout au niveau des petites lèvres et du clitoris. De plus, il existe un prurit très incommode.

« Dans ces deux périodes, les symptômes généraux font défaut. Il peut cependant y avoir un léger mouvement fébrile dans la seconde, surtout lorsque la vulve entière participe à l'inflammation. » (Parrot et Sarazin.)

3° Dans la *troisième période* (*gangréneuse*), les symptômes sont ceux de la gangrène vulvaire. Cette troisième période est toujours évitée si l'on prend les soins de propreté et d'antisepsie que nous allons indiquer plus loin ; aussi n'insisterons-nous pas sur ce point.

Le plus souvent donc, la troisième période de la vulvite aphteuse est simple-

ment une période de réparation. Les surfaces malades se détergent, la matière pulpeuse grisâtre qui les recouvrait s'élimine et les ulcérations se cicatrisent de la périphérie au centre.

La première période, peu douloureuse, passe d'ordinaire complètement inaperçue, et l'on n'est consulté qu'à la période ulcéreuse, à moins que la vulve ne soit déjà le siège d'une inflammation catarrhale assez accentuée pour laquelle on soigne l'enfant; dans ce cas, on voit se former dix ou quinze vésicules sur le fond rouge de la muqueuse, et se produire dès le début un écoulement muco-purulent qui ne se montre autrement que plus tard lorsque les ulcérations sont suffisamment développées.

Il n'y a que fort rarement des adénopathies. A la période ulcéreuse, les malades éprouvent un prurit des plus intenses ; d'ailleurs, grâce à des poussées successives, les lésions des deux premières périodes peuvent s'observer simultanément.

Le siège principal de l'affection est la vulve; mais elle envahit aussi les plis génitaux et inguino-cruraux, le périnée et le pourtour de l'anus. A la vulve, les grandes lèvres sont atteintes deux fois plus souvent que les petites lèvres et le clitoris (Parrot).

Sarazin a signalé la coexistence chez le même sujet des aphtes vulvaires et buccaux.

La durée de l'affection dépend surtout de deux conditions : 1° de l'état général du sujet chez lequel elle se développe ; or, on sait qu'elle est fréquente chez les enfants atteints de rougeole et par suite fort exposés aux ulcérations profondes et aux gangrènes vulvaires ; 2° du traitement qui est institué. En somme, on peut dire qu'en moyenne, elle met de dix à douze jours pour évoluer.

Le *pronostic* était autrefois très sombre, car les aphtes vulvaires aboutissaient souvent à la gangrène, et devaient être par suite regardés comme l'un des modes de début les plus fréquents de la gangrène de la vulve. Aujourd'hui, grâce aux progrès de l'hygiène et de l'antisepsie, cette terminaison n'est pour ainsi dire plus à craindre. Il semble que les aphtes soient un peu plus rebelles au pourtour de l'anus, peut-être à cause du contact particulièrement irritant des matières fécales.

Étiologie. — La vulvite aphteuse s'observe surtout de un à huit ans : le maximum de fréquence est de deux à cinq ans. Elle peut se développer d'emblée sur un organisme en apparence sain, mais il est beaucoup plus habituel de la voir survenir pendant le cours d'une autre affection et en particulier de la rougeole (plus des deux tiers des cas). Les autres maladies avec lesquelles on l'a vue coïncider sont la coqueluche, la varicelle, l'érysipèle, la pneumonie, la diphtérie.

Parmi les causes prédisposantes, il faut signaler très probablement la contagion, la malpropreté, l'encombrement, l'existence d'une vulvo-vaginite antérieure, un état général mauvais, entaché de scrofule, de tuberculose, de syphilis héréditaire (Parrot).

Diagnostic. — Les affections avec lesquelles on peut confondre la vulvite aphteuse au point de vue objectif sont assez nombreuses. C'est ainsi qu'à la rigueur les pustules varioliques, vaccinales, et les vésicules varicelliques peuvent la simuler, mais les phénomènes concomitants et les antécédents permettront toujours dans ces cas de poser le diagnostic.

La *diphtérie vulvaire* en diffère par un aspect plus blanc des fausses membra-

nes, par l'adénopathie, les symptômes généraux et la coïncidence habituelle d'une diphtérie pharyngée ou laryngée.

Le *chancre syphilitique* ne peut guère être confondu avec l'aphte : il est, en effet, le plus souvent unique, rarement multiple, il s'indure et se complique d'adénopathies caractéristiques. Par contre, certaines *lésions syphilitiques secondaires papulo-érosives* simulent les aphtes à s'y méprendre ; cependant elles sont d'ordinaire moins nettement ulcéreuses, plus papuleuses, s'accompagnent d'adénopathies et d'autres accidents qui mettent sur la voie.

Les *folliculites chancreuses* simulent également la vulvite aphteuse ; leurs ulcérations sont plus nettes, plus profondes, taillées à pic, auto-inoculables et s'accompagnent d'adénopathies.

Les éléments éruptifs de l'*herpès vulvaire* sont plus petits, plus nettement vésiculeux, moins ulcéreux, n'ont pas le fond grisâtre des aphtes et sont plus groupés qu'eux, mais nous reconnaissons que les caractères différentiels sont souvent difficiles à préciser.

Les ulcérations consécutives à un viol ou à une tentative de viol sont parfois arrondies et peuvent simuler des aphtes jusqu'à un certain point, mais les tissus périphériques sont contus, enflammés, œdématiés, parfois déchirés et déformés ; dans quelques cas, on trouve des ecchymoses, en un mot il y a des traces visibles de traumatisme.

Traitement. — Après avoir inutilement employé contre la vulvite aphteuse les « topiques émollients de toute sorte, les cataplasmes de fécule ou de farine de graine de lin, appliqués seuls ou après que les plaies avaient été soumises à l'action d'autres corps, les poudres toniques, détersives, absorbantes, telles que le charbon et le quinquina, le vin aromatique, un grand nombre de préparations ayant pour base l'alcool, le chlorate de potasse, soit pur et en poudre, soit incorporé à des matières grasses ou à de la glycérine, l'azotate d'argent en solution ou solide », Parrot institua le traitement suivant : « Dès que le mal a été constaté, quelle que soit sa période, à l'aide d'un blaireau préalablement chargé d'iodoforme, sans autre précaution, sans aucune détersion préalable, on couvre les parties d'une épaisse couche de cette poudre, puis on interpose entre elles un peu de charpie.

« Le même pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures, jusqu'à ce que la guérison soit complète, ce qui d'ordinaire ne se fait pas longtemps attendre. Il est bien rare que, après une seule application du topique, l'on ne constate pas déjà un mieux sensible. Le premier changement... est une détersion des parties ulcérées... leurs bords s'affaissent, leur cavité semble comblée... Toutes ces modifications s'accomplissent avec une rapidité surprenante, et déterminent très vite la disparition des plaies vulvaires et périnéales.. On n'a pas à craindre de mettre trop d'iodoforme, et il est toujours facile de l'appliquer en quantité suffisante. Son contact n'est nullement douloureux... Loin d'être irritant, il détermine presque toujours une sédation si complète que la démangeaison cesse dès les premiers pansements » (Parrot, 1881).

Nous n'ajouterons que peu de choses à ce qui précède : malgré la grande autorité de Parrot, nous ne voyons, pour notre part, aucun inconvénient, mais au contraire des avantages sérieux, à faire une ou deux fois par jour des lotions des parties malades avec de l'ouate hydrophile antiseptique imbibée d'eau boriquée, après quoi on applique la poudre d'iodoforme.

Cette poudre est le plus souvent fort bien supportée, cependant il est des per-

sonnes chez lesquelles elle provoque de l'irritation ou des éruptions artificielles ; on la remplacera alors par un de ses nombreux succédanés, iodol, dermatol, aristol, europhène, etc.

Ces soins locaux suffisent presque toujours pour amener une guérison rapide ; il ne faudra pas oublier, néanmoins, que le terrain joue ici un rôle des plus importants.

On surveillera donc avec la plus grande attention l'état général, on s'efforcera de le modifier, ou tout au moins de le tonifier dans la mesure du possible, suivant les indications particulières à chaque sujet.

B. **Fièvre aphteuse**. — **Étiologie**. — Dès 1763 Sagar avait vu que les aphtes pouvaient se transmettre par le lait. En 1843, Rayer reproduit chez un enfant des aphtes cutanés en inoculant le contenu des vésicules aphteuses d'une vache. En 1844, Herweg, Mann et Wilhelm démontrent expérimentalement, sur eux-mêmes ces mauvais effets du lait contaminé. Ce n'a été cependant que depuis 1880 que ces notions ont été définitivement admises.

On sait maintenant, et d'une manière certaine, que des vaches, des brebis, etc., atteintes de fièvre aphteuse, portent sur les muqueuses et sur la peau une éruption vésiculeuse laquelle peut se transmettre à l'homme soit par contact direct, soit par ingestion de lait contaminé.

On ne connaît pas encore d'une manière précise l'agent pathogène de cette affection.

Symptômes. — Elle débute d'ordinaire par une période prodromique avec malaise, courbature, frissonnements, fièvre légère, inappétence. La bouche est sensible, sèche, brûlante : on y voit des plaques rouges parfois un peu saillantes, qui siègent à la face interne des lèvres, aux sillons gingivo-labiaux, à la pointe et aux bords de la langue, au frein, à la voûte palatine.

Puis un point blanc se montre à leur centre : il s'y forme une vésicule qui se rompt au bout de quelques heures et laisse une petite ulcération arrondie, à bords à pic, à fond jaunâtre pultacé. La mastication est fort gênée par la douleur. Il y a de la salivation et souvent de l'engorgement sous-maxillaire et parotidien.

Dans la *forme commune*, il y a de 5 à 15 ulcérations, et tout rentre dans l'ordre par cicatrisation en deux ou trois semaines.

Dans la *forme cohérente*, les vésicules sont nombreuses, peuvent constituer de vastes ulcérations par confluence, donner lieu à des symptômes d'infection grave avec engorgement ganglionnaire considérable et fièvre intense. La mort peut survenir en ataxo-adynamie.

Dans la *forme cutanée*, l'inoculation se fait discrètement aux doigts, à la face, aux membres, au niveau d'une écorchure.

Traitement. — Il faut prendre des soins prophylactiques, surveiller de fort près les vaches laitières, faire bouillir le lait toutes les fois qu'on n'est pas sûr de sa provenance.

Contre la maladie constituée, on donnera de la quinine à l'intérieur ; on fera des lavages fréquents de la bouche avec des solutions faibles de borate de soude et de bicarbonate de soude ; de temps en temps on lotionnera avec de l'eau oxygénée diluée : on touchera les plaies une ou deux fois par jour avec une solution de bleu de méthylène allant du 1/250 au 1/25. Si les douleurs sont trop fortes on insensibilisera avec des solutions au 1/100 de cocaïne.

2° PIAN OU FRAMBŒSIA OU YAWS

Sous le nom de *pian*, de *yaws*, de *frambœsia*, de *mycosis frambœsioides*, etc., on a décrit une maladie cutanée endémique des pays chauds, spécifique, inoculable et contagieuse, caractérisée par la formation sur la peau de tubercules mûriformes dont la structure est celle du papillome.

Distribution géographique. — Le pian est très commun dans l'Afrique équatoriale, à Madagascar, à l'île Maurice, aux Comores, dans les Antilles, les Guyanes, le Vénézuéla, le Brésil, le Costa-Rica, en Polynésie, dans l'Inde anglaise, et dans les colonies françaises de l'Inde [voir note sur la frambœsia à Pondichéry, par P. Gouzien (*Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1904, n° 3)], le Siam, l'Indo-Chine, la Malaisie.

Samberger (*Arch. fur Dermat. und Syph.*, *Band* LXXII, p. 3) croit que le frambœsia peut se développer dans nos pays.

Symptômes. — La période d'*incubation* varie de quinze jours à plusieurs mois.

On a décrit dans la période d'*invasion* des prodromes qui dénotent une infection générale de l'organisme : ce sont des mouvements fébriles, un malaise indéfinissable, des troubles digestifs, et surtout une céphalée tenace qui a parfois des maxima nocturnes et des douleurs articulaires et ostéocopes.

On voit bientôt la peau devenir rugueuse et se couvrir d'éléments éruptifs un peu prurigineux, furfuracés, formant des plaques circinées annulaires ou irrégulières, qui se détachent en clair sur la peau foncée ou noire des indigènes qui en sont atteints. Les paumes des mains peuvent présenter de la kératodermie et des fissures.

La lésion pathognomonique du pian se montre alors sous la forme d'un bouton isolé siégant, comme le chancre syphilitique, au point précis où l'inoculation du virus s'est faite; il peut persister à l'état solitaire pendant plusieurs mois. Il s'observe surtout au pied ou au bas de la jambe. Après la guérison de cet élément primitif il peut encore y avoir une période d'attente de quelques semaines ou de quelques mois, puis l'éruption secondaire généralisée se produit : elle est parfois précédée de fièvre et de douleurs rhumatoïdes.

Au début, le bouton pianique se présente sous l'aspect d'une petite élevure conique, entourée à sa base d'une zone érythémateuse et portant à son sommet un petit point jaunâtre qui est une nécrose. Après l'élimination de l'escarre, l'ulcération consécutive se déterge, s'élargit et se recouvre d'une végétation papillomateuse, d'où le nom de *frambœsia* que l'on a donné à cette affection.

A l'état adulte cette lésion constitue une petite tumeur hémisphérique de un à deux centimètres de diamètre qui, lorsqu'elle n'est pas macérée grâce à son siège dans les plis cutanés, se recouvre d'une croûte épaisse et adhérente au-dessous de laquelle se trouve une ulcération hérissée de végétations jaunâtres ou rosées qui saignent facilement. Quand elles sont mises à nu, elles sécrètent un liquide fétide qui se concrète à leur surface pour former la croûte dont nous venons de parler; cette croûte est d'abord jaunâtre, puis elle prend une teinte de plus en plus foncée.

Certains éléments atteignent des dimensions considérables, jusqu'à 5 ou 6 centimètres de diamètre : les indigènes leur donnent le nom de *mère ou grand'-mère pian* ou *mama-pian*, tandis qu'ils appellent les plus petites *filles-pian*. Il y

en a qui affectent la forme d'un plateau faisant une saillie de quelques millimètres, hérissé de saillies papillaires; parfois, par la guérison du centre, ils prennent la forme annulaire, parfois la forme en cocarde par production au centre du cercle d'un nouvel élément, parfois la forme polycyclique par confluence d'anneaux voisins. (D'après Jeanselme, *cours de dermatologie exotique*, 1904.)

Les éléments qui sont en voie d'extension peuvent présenter à leur périphérie un soulèvement bulleux dont la partie interne se dessèche en une croûte brunâtre ou noirâtre : le décollement épidermique continuant à se produire par marche extensive, des croûtes nouvelles de plus en plus larges se forment incessamment et il se fait ainsi des concrétions rupioïdes.

A toutes les périodes de son évolution et même dès le début, le bouton pianique peut rétrocéder et guérir. Il le fait pour ainsi dire toujours après une période d'extension de quinze à vingt-cinq jours. Il s'affaisse, la croûte s'amincit et disparaît; les papilles se résorbent. Il reste des taches achromiques ou hyperchromiques de la même forme et de la même dimension que les éléments préexistants. Parfois il subsiste quelques cicatrices superficielles.

L'éruption du pian est surtout fréquente au pourtour des orifices naturels et aux organes génitaux. Partout où l'épiderme est macéré par les sécrétions cutanées comme dans les plis, ces lésions ont un aspect qui rappelle celui des syphilides papulo-hypertrophiques érosives (plaques muqueuses); elles ont souvent une apparence diphtéroïde. Elles comblent parfois le vestibule des narines, hérissent les commissures, toute la vulve, le pli génito-crural, le pli interfessier, le pourtour de l'anus, les parties latérales du scrotum, la face interne et l'orifice du prépuce, etc. (Voir Jeanselme, *loc. cit.*, et en outre l'article d'Henggeler : *Monatshefte für praktische dermat.*, 1er mars 1905.)

L'éruption pianique affectionne aussi les plis de flexion, les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, mais elle n'envahit jamais les muqueuses.

Il peut se développer des adénopathies indolentes et aphlegmasiques qui sont surtout en relation avec les lésions cutanées les plus volumineuses.

Le pian évolue par des poussées successives dont la durée varie de plusieurs semaines à plusieurs mois; il peut donc persister pendant des années. Presque toujours il se termine par la guérison, rarement par la mort. Il se complique parfois de phagédénisme, et laisse dans ce cas des cicatrices difformes et vicieuses.

Étiologie. — Le pian est une affection éminemment contagieuse : elle est inoculable de l'homme malade à l'homme sain : elle est auto-inoculable au porteur. Une atteinte de pian ne confère l'immunité qu'au bout de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois. Mais l'immunité est alors conférée pour le reste de la vie.

Anatomie pathologique. — Au point de vue histologique, le pian est caractérisé par une hypertrophie considérable des papilles du derme : elles sont distendues par de l'œdème et par une dilatation colossale des capillaires sanguins et lymphatiques. Des plasmazellen sont tassées dans la couche profonde du corps papillaire et montent le long des capillaires dans l'intérieur des papilles. Le réseau élastique du derme a disparu. Il y a une hyperacanthose très marquée et de la parakératose. C'est donc en somme un papillome.

On n'a pu encore trouver de microbe pathogène.

Diagnostic. — Le pian diffère essentiellement de la *syphilis* comme lésions et comme évolution. Un individu atteint de pian est susceptible de contracter la syphilis.

Il diffère de la *verruga* par sa structure et par ce fait majeur qu'il n'atteint jamais les muqueuses.

Il diffère du *clou de Biskra* par ses localisations d'élection et parce qu'il s'accompagne de phénomènes généraux.

Traitement. — Il est certain que l'administration du mercure à l'intérieur améliore fort souvent les sujets atteints de pian. Mais c'est surtout l'iodure de potassium qui semble le mieux réussir.

Localement on a préconisé les pansements et les bains au sublimé, les cautérisations des ulcérations avec du sulfate de cuivre ou du nitrate acide de mercure, les applications de poudres d'iodoforme, d'iodol, d'aristol et de sous-carbonate de fer.

Cannac (*Arch. de méd. navale*, janvier 1904) a obtenu des succès dans le pian de la Côte d'Ivoire par des attouchements avec la solution de bichromate de potasse à 20 p. 100 après de grands bains et un décapage soigneux, à la pince, des croûtes qui recouvrent les boutons.

Dans les pays où la maladie est endémique, il faut prendre de rigoureuses mesures d'hygiène; nettoyer et aérer les habitations, se laver avec soin, se savonner, se baigner avec de l'eau non contaminée. On pansera soigneusement toutes les plaies accidentelles et on les recouvrira d'emplâtres occlusifs.

3° LE PIAN-BOIS

« Cette lésion de la peau, dont on connaît fort mal la nature et les symptômes, est très connue en Guyane, au début de la saison des pluies, chez les ouvriers des placers, les prospecteurs et les coureurs des bois. Elle ne paraît pas contagieuse par contact ou par cohabitation. Elle occupe les régions découvertes, le visage, les mains, les jambes et les pieds. Elle évolue lentement, pendant des mois. Elle guérit toujours, mais elle laisse parfois des mutilations du nez et des lèvres. Elle peut récidiver. » (Jeanselme; *cours de Dermatologie exotique*, p. 227.)

« Elle semble débuter par un nodule sous-cutané de nuance violacée, un peu induré, qui, peu à peu, s'ouvre au dehors, sans douleur, et finit par former une ulcération qui peut atteindre le diamètre d'une pièce de cinq francs. Les bords en sont sinueux, taillés à pic; le fond est rouge vif et granuleux; la sécrétion peu abondante et séreuse. A partir du nodule ulcéré s'échelonnent, le long des lymphatiques, des nodosités, les unes petites et dures, les autres volumineuses, molles et fluctuantes, ayant l'aspect de gommes prêtes à s'ouvrir. Les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés et indurés. » (Darier et de Christmas.)

4° PIQURES ANATOMIQUES ET MALADIES SIMILAIRES

Il ne faut pas confondre les *piqûres anatomiques* avec le *tubercule anatomique*. Le tubercule anatomique est une des variétés des piqûres anatomiques : il résulte de l'inoculation du bacille tuberculeux provenant d'un sujet mort dont on pratique l'autopsie (voir *Tuberculose cutanée*). Mais il y a d'autres variétés de piqûres anatomiques, et en voici une brève énumération.

Nous n'avons que des connaissances tout à fait rudimentaires sur la nature des

virus que l'on peut ainsi s'inoculer : il est probable qu'ils sont multiples et pour la plupart d'origine microbienne. Ils paraissent être plus toxiques quand ils proviennent de cadavres récents et quand la mort a été causée par des maladies virulentes. Il suffit d'une simple éraflure pour que l'inoculation se fasse.

Nous n'avons pas ici à étudier les accidents généraux de septicémie souvent rapides et parfois mortels qui peuvent se produire. Mais il survient aussi parfois des lésions cutanées, de la tuméfaction, de la lymphangite, des adénites, des gangrènes, des panaris, des folliculites, etc.

On a décrit sous le nom de *pustule anatomique* (*Post mortem pustule*) des accidents caractérisés par de la rougeur, de la tuméfaction au niveau de la piqûre, puis par la production, au bout de vingt-quatre heures, d'une pustule centrale, avec douleur spontanée et au toucher. Il peut se former ensuite une croûte centrale tout autour de laquelle survient une pustule plus large, et le processus gagne ainsi jusqu'à ce qu'on ouvre largement la pustule, qu'on la nettoie avec de l'eau oxygénée, qu'on la touche avec de l'alcool camphré ou avec du bleu de méthylène, et qu'on panse avec de l'iodoforme. Si l'on n'intervient pas assez vite, il peut se produire des lymphangites et des adénites suppurées.

Morrant Baker a décrit sous le nom d'*erythema serpens* une éruption érythémateuse qui s'observe chez les bouchers. Quelques jours, parfois une ou deux semaines après une piqûre, on voit survenir dans la région traumatisée une plaque dont les bords s'estompent vers les tissus sains : puis d'autres plaques apparaissent et se groupent de façon à former des circinations qui s'étalent de plus en plus. Il n'y a que peu de tuméfaction, mais de la gêne des mouvements et des sensations de picotements, de brûlure, etc. Le malade éprouve des malaises, mais il n'y a jamais de fièvre notable. Cette affection dure en moyenne trois semaines (de deux à six). Elle est presque toujours limitée aux doigts et aux mains. Elle disparaît rapidement sous l'influence des laxatifs salins et des enveloppements chauds faits avec de l'eau boriquée.

L'*erysipeloïd* de Rosenbach est très voisin de la forme précédente : il en différerait par des bords nettement arrêtés, un peu surélevés. (Voir *Éruptions causées par les crabes : classe des dermatoses d'origine animale.*)

Les hommes qui tuent ou qui manient les corps des brebis atteintes de la maladie que l'on appelle « gargle » en anglais, et qui est une forme de fièvre puerpérale, peuvent, quand ils se piquent, voir se développer une sorte d'élevure vésiculeuse lobulée, à centre déprimé, pouvant avoir jusqu'à un pouce de diamètre, d'une couleur bleuâtre avec une légère aréole érythémateuse. Le soulèvement épidermique contient de la sérosité claire ou sanguinolente. Il n'y a ni douleur, ni fièvre, mais parfois les ganglions axillaires se tuméfient, et la main atteinte peut enfler. D'après Klein, cette lésion est causée par un microbe spécial qu'il appelle le staphylococcus hœmorrhagicus et qui ne cause chez l'homme que des accidents sans gravité alors qu'il est très virulent pour les brebis.

Il suffit d'ouvrir les phlyctènes, de les désinfecter et de faire un pansement propre pour obtenir une guérison rapide. (Tout ce chapitre est emprunté à R. Crocker.)

Rappelons que le *pemphigus aigu grave* se développe très probablement à la suite d'une piqûre chez ceux qui manient des animaux morts. (Voir ce mot.)

Ecthyma parturitionis. — C'est également à côté de ces faits qu'il convient de placer les éruptions qui se développent parfois sur les mains et les avant-bras des

vétérinaires qui délivrent les vaches de leur placenta en pratiquant le curage digital. Elles sont caractérisées par un nombre variable (de cinq à trente) de petites élevures rouges, enflammées, acuminées, ressemblant à un furoncle ou à un tout petit anthrax : cependant elles sont bien moins dures que l'anthrax et sont plutôt constituées comme de tous petits abcès coniques. Au bout de cinq à six jours, il en sort spontanément un pus liquide, et il reste une cavité anfractueuse avec une série de toutes petites ouvertures donnant à l'ensemble l'aspect d'une écumoire. Quelques lambeaux sphacélés s'éliminent, et la réparation commence à se faire : elle est complète en quinze ou vingt jours. Les ganglions lymphatiques sont presque toujours tuméfiés.

Il faut ouvrir ces petites collections purulentes le plus vite possible, les laver avec de l'eau oxygénée et les panser aseptiquement. (Blondeau, *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, art. 19399).

Dermatitis repens. — Sous le nom de *Dermatitis repens* Radcliffe Crocker a décrit un aspect morbide qui nous paraît être un peu discutable comme entité morbide vraie et qui peut être rapproché des formes précédentes.

Il débute presque toujours par un traumatisme d'un doigt ou d'une main : il se forme des vésicules ou des pustules qui se rompent en laissant le derme à nu, puis l'exulcération au lieu de se cicatriser reste à vif en se recouvrant de croûtes ou de nouveaux éléments, et elle s'étale graduellement par les bords à la façon de l'ecthyma sous-épidermique par un décollement de la couche cornée de l'épiderme. Elle peut ainsi envahir toute la main, gagner le poignet, l'avant-bras : R. Crocker l'a même vue atteindre l'épaule et le tronc. Pendant cette marche extensive les lésions primitives guérissent. Il y a un peu de prurit. La santé générale est bonne.

L'évolution de cette dermatose est parfois très longue : elle peut durer plusieurs mois et même plusieurs années.

Elle se distingue des *acrodermatites continues* par son unilatéralité, sa grande extension, sa guérison spontanée au niveau des régions primitivement atteintes.

Radcliffe Crocker pense qu'il s'agit de troubles trophiques et de névrite périphérique. Tout fait croire au contraire que ce sont des lésions de nature microbienne, que l'on doit traiter comme les ecthymas superficiels ou comme le chancre simple.

C. — DERMATOSES D'ORIGINE PROBABLEMENT MICROBIENNE

A MICROBES ENCORE INCONNUS, RESTANT TOUJOURS LOCALISÉES

1° VERRUES

On désigne sous le nom de *verrues* des hypertrophies circonscrites du corps papillaire et surtout de l'épiderme, inoculables et auto-inoculables.

On en distingue plusieurs variétés qui sont :

a) *Les verrues vraies ;*

b) *Les verrues planes de la face ;*

c) *Les verrues séborrhéiques ou verrues séniles.*

A. **Verrues vraies ou vulgaires.**

Symptômes. — La verrue vraie ou vulgaire débute par une toute petite élevure arrondie, plus rarement ovalaire, très finement mamelonnée, d'ordinaire un peu grisâtre. Elle se développe peu à peu et prend des dimensions variables : elle forme à l'état adulte de petites excroissances, à base nettement arrêtée, arrondies, ovalaires ou polycycliques par confluence, pédiculées ou sessiles, mais faisant toujours une saillie notable au-dessus du niveau des téguments. Leur surface est mamelonnée, parfois même comme hérissée de saillies villeuses, dures, cornées ; leur teinte générale est grisâtre, parfois d'un gris noirâtre ; on y voit dans quelques cas des stries noires latérales et à la surface un piqueté noir correspondant aux capillaires thrombosés des papilles ; leur consistance est dure, râpeuse ; elles sont pour ainsi dire toujours indolentes sauf autour de l'ongle, à la paume de la main, et surtout à la plante des pieds. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une petite cerise; d'ordinaire, elles ont celui d'une petite lentille ou d'un pois. On les nomme vulgairement *poireaux*.

Fig. 211. — Verrues de la main gauche chez une jeune fille de dix-huit ans, forme vulgaire.

Il est rare que la verrue vraie soit solitaire ; le plus souvent, il y en a plusieurs chez le même sujet ; parfois même il en existe des quantités, et nous avons vu les doigts, la face dorsale des mains, les poignets en être en quelque sorte recouverts : elles peuvent alors former des nappes irrégulières par confluence, et prendre un développement en saillie considérable, de manière à constituer de véritables tumeurs cornées.

Leurs sièges de prédilection sont la face dorsale des doigts et des mains : assez fréquemment elles se développent au niveau de la rainure unguéale qu'elles débordent au dehors en formant une saillie papillomateuse cornée allongée dans le sens de la matrice ; elles pénètrent de plus dans la rainure unguéale en plongeant dans la matrice. Elles peuvent aussi siéger au-dessous de l'ongle vers son bord libre à l'extrémité du doigt ; elles le soulèvent, le décollent de la matrice sous-unguéale, et débordent extérieurement vers l'extrémité du doigt.

Elles sont plus rares à la face palmaire de la main où elles sont aplaties, peu saillantes, superficiellement entourées d'un anneau à demi transparent d'épiderme corné.

Nous en avons observé à l'avant-bras, au visage, surtout au front, où elles sont relativement fréquentes, aux paupières où elles sont filiformes, pédiculées, analogues aux végétations, au cuir chevelu, enfin à la face plantaire des pieds, où elles ont été fort bien décrites par Dubreuilh, (*Annales de Dermat.*, 1891, p. 441), et par P. Melchior Robert (*Annales de Dermat.*, p. 1248, 1897). Elles y siègent généralement vers la tête des métatarsiens ou vers le talon. « Elles y simulent un durillon aplati et

douloureux ; mais, quand on examine ce durillon d'un peu plus près, on constate qu'il est perforé au centre d'un trou par lequel se montre un tissu blanchâtre mou et résistant. L'abrasion de la couche cornée superficielle montre que le trou s'élargit dans la profondeur et que le tissu mou du centre se laisse difficilement couper, il résiste comme de l'étoupe mouillée... ; la curette pénètre difficilement dans ce tissu mou, mais une fois qu'elle a pénétré, elle en arrache sans difficulté des masses blanchâtres, d'apparence fibreuse, formées de cordons mous, agglutinés parallèlement en faisceaux et dirigés du fond vers la surface : ce sont les

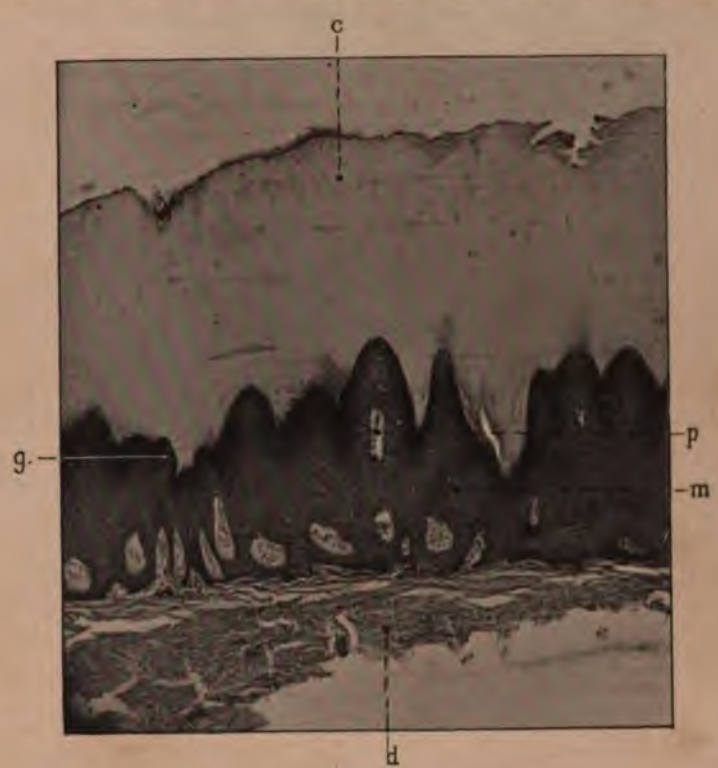


Fig. 212. — Verrue vulgaire.

c, couche cornée très hypertrophiée, mais presque plane, ce qui est une anomalie. Grosse hyperkératose. — *g*, couche granuleuse fort accentuée. — *m*, corps muqueux de Malpighi et prolongements interpapillaires en hyperacanthose. — *p*, papilles hypertrophiées. — *d*, derme normal.

Pièce typique ; toutefois la couche cornée est plane tandis que le reste de l'épiderme est papillé. On voit bien l'hypertrophie de l'éléidine. Indifférence absolue du derme. (Audry.)

colonnes papillaires de la verrue. On évacue ainsi une cavité arrondie plus large au fond qu'à l'orifice, ayant une profondeur qui peut atteindre deux centimètres, et logée dans l'épaisseur de la plante du pied. La verrue ne pouvant faire saillie au dehors à cause des pressions s'est creusé une loge dans les tissus, et l'anneau hyperkératosique qui l'entoure arrive presque à la recouvrir.» (Dubreuilh, *Pratique dermat.*, t. IV, p. 813.)

En somme, on voit que la verrue vulgaire peut être comme aspect, filiforme, en pinceau, acuminée, tubériforme, hémisphérique, sphérique, cylindrique, en chou-fleur, sessile ou pédiculée. Ajoutons qu'elle se crevasse et s'enflamme dans quelques cas.

Anatomie pathologique. — Les verrues sont essentiellement constituées par une hypertrophie exagérée des papilles vasculaires qui sont extraordinairement allongées et comme étirées. Elles sont englobées dans une masse énorme de tissu épithélial en état d'hyperacanthose lequel forme la grande masse de la petite tumeur. La couche génératrice est peu modifiée ; cependant dans la partie profonde des bourgeons interpapillaires, elle peut être composée de plusieurs rangées de cellules irrégulièrement disposées. La couche épineuse est énormément augmentée de volume : assez souvent ses cellules ont une vacuole claire qui les distend et refoule le noyau. Les couches granuleuses et cornées ont un aspect normal mais sont hypertrophiées.

Les papilles allongées renferment des capillaires sanguins et un peu de tissu conjonctif fin et lâche, sans fibres élastiques, contenant beaucoup de cellules fixes étoilées et ramifiées. (Dubreuilh.)

B. **Verrues planes juvéniles.** — On a décrit sous le nom de *verrues planes juvéniles* (Thin, Darier, Herxheimer et Marx, etc...) une variété assez spéciale de ver-

Fig. 213. — Verrues planes de la face chez une jeune fille de dix-huit ans.

Fig. 214. — Verrues planes de la face chez un jeune homme de vingt-cinq ans (joue gauche).

rues que caractérisent essentiellement au point de vue clinique leur aplatissement constant, leur petitesse, leur multiplicité.

Elles peuvent siéger aux mêmes régions que la verrue vulgaire, mais à l'inverse de celle-ci elles sont surtout fréquentes à la face, beaucoup plus rares aux mains et aux doigts. Gémy les a décrites aux organes génitaux.

Symptômes. — A la face dorsale des mains, les verrues planes varient d'aspect suivant que la personne qui les porte se savonne souvent ou rarement les mains. Chez celles qui se savonnent les mains plusieurs fois par jour, les verrues planes se présentent sous l'aspect de sortes de plaques aplaties, à contours arrondis ou ovalaires, de 1 millimètre à 5 millimètres de diamètre, parfois irrégulières par confluence d'éléments voisins, nettement arrêtées, mais ne faisant qu'une saillie réellement insignifiante d'à peine un ou deux dixièmes de millimètre au-dessus du niveau de la peau saine. Leur coloration est presque celle des téguments : c'est à peine si elles sont un peu brunâtres ou grisâtres. Leur surface est comme chagrinée, par-

fois même brillante : elle ne se reconnaissent bien que parce qu'en ce point les plis normaux de la peau n'existent plus.

Chez les personnes qui ne se savonnent que rarement l'aspect est beaucoup plus caractéristique. Les verrues font une saillie de 1/4 à 1/3 de millimètre; leur surface est assez souvent un peu farineuse, grisâtre ou même brunâtre, mamelonnée.

A la face elles ont à peu près le même caractère : elles y ont d'ordinaire des dimensions qui varient entre 1 à 3 millimètres de diamètre : elles s'y présentent sous l'aspect de petites papules aplaties, dont la surface, lisse à l'œil nu, paraît finement mamelonnée à la loupe; leur coloration est d'ordinaire grisâtre, café au lait, ou brune. Elles sont pour ainsi dire toujours multiples, parfois tellement nombreuses et groupées qu'elles forment des sortes de nappes. Elles siègent surtout au pourtour de la bouche, sur les joues, le menton, le front. Elles sont totalement indolentes.

Anatomie pathologique. — Elle se rapproche singulièrement de celle de la verrue vulgaire; mais les papilles dermiques n'ont guère que deux ou trois fois la longueur

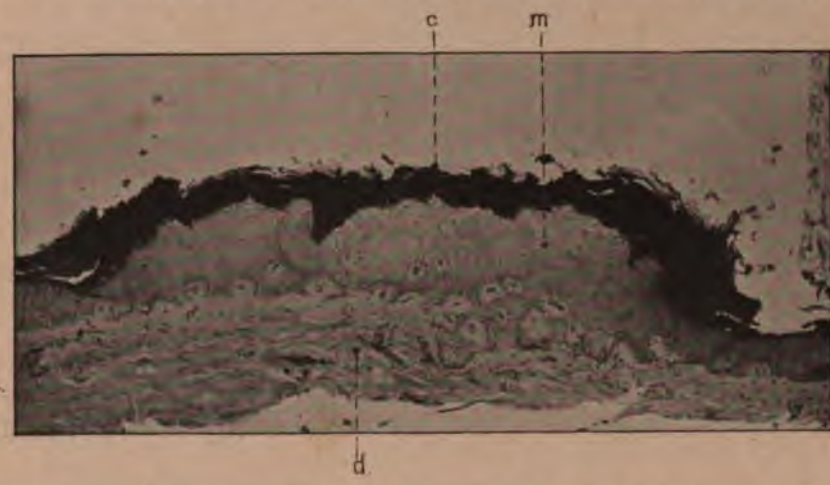


Fig. 215. — Verrue plane (Coupe d'une verrue plane de la face dorsale de la main d'une femme de vingt et un ans : on la voit en totalité).

c, couche cornée en hyperkératose. — *m*, corps muqueux en acanthose. — *d*, derme sain.
Lésion caractéristique : on y voit bien l'épaississement acanthosique de l'épiderme. La couche cornée non desquamée est fortement épaissie. On ne constate pas la disposition « papillaire » des verrues vulgaires : la réaction conjonctive paraît nulle (Audry).

normale. La couche épineuse de l'épiderme est fort épaissie, et ses cellules sont peu altérées : on y trouve moins de vacuoles que dans la verrue vulgaire. La couche granuleuse est également épaissie.

Étiologie des verrues vulgaires et planes. — Les verrues vulgaires et planes juvéniles sont surtout des maladies de l'enfance et de l'adolescence. Cependant elles s'observent aussi chez l'adulte.

Certains auteurs ont constaté que les verrues ont des allures de maladie familiale (Jacquet). Elles sont contagieuses, inoculables du sujet malade au sujet sain, et auto-inoculables. Des faits probants d'inoculation ont été publiés, et depuis longtemps le public avait proclamé cette vérité clinique.

On n'a pu encore en trouver l'agent pathogène.

Il est d'autre part certain que le système nerveux joue un rôle considérable dans

leur apparition, leur développement et leur disparition. On peut par la suggestion faire disparaître des verrues vulgaires et des éruptions de verrues planes. Nous en avons vu des exemples incontestables.

C. Verrue sénile.

Etiologie. — Les verrues séniles sont d'une extrême fréquence, quoiqu'en ait dit Sprecher dans sa belle monographie, on peut les observer chez des sujets relativement jeunes, en particulier chez la femme à partir de trente ans, mais elles deviennent de plus en plus banales à mesure que les sujets sont plus âgés (voir le travail de Wlaesch : *Arch. f. Dermat. und Syph.*, t. LXXVI, p. 31).

Symptômes. — Elles sont essentiellement constituées à l'état adulte par des saillies papillaires groupées, formant dans leur ensemble des sortes de disques arrondis ou ovalaires, parfois un peu irréguliers de contours, sessiles, faisant une légère saillie, surtout marquée au centre, moins vers les bords où ils descendent en mourant vers les téguments, posés comme des macarons sur la peau saine; leurs dimensions varient de celles d'un pois à celles d'une pièce d'un franc. Elles sont recouvertes d'une couche de matière sébacée assez adhérente, molle, d'un gris jaunâtre, brunâtre ou noirâtre; elles sont parfaitement indolentes. Parfois la saillie qu'elles font est plus marquée et elles sont même comme légèrement pédiculées vers leurs bords, affectant la forme d'un champignon bas.

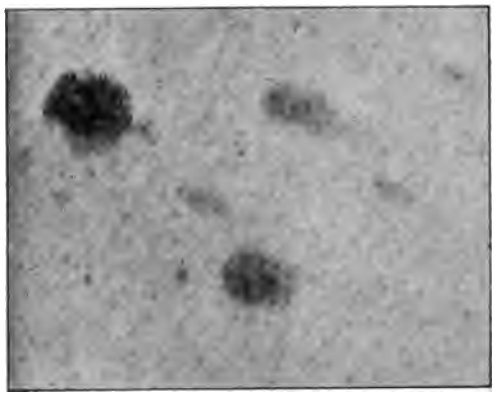


Fig. 216. — Verrues séborrhéiques du dos chez une femme de soixante-treize ans (grandeur naturelle).

Si l'on détache l'enduit sébacé par un savonnage ou par une friction avec de l'éther, la surface apparaît hérissée de papilles séparées par de profonds sillons.

Chez les malades qui se savonnent fréquemment comme cela arrive à la face dorsale des mains, les verrues séborrhéiques sont aplaties, lisses et comme luisantes, paraissant à peine mamelonnées sauf à la loupe.

A la figure elles sont fréquentes chez les vieillards : on les observe surtout vers les tempes, les parties latérales des joues, autour des yeux, vers le front. Elles y sont d'ordinaire multiples.

Sur le tronc, elles sont dans la majorité des cas extrêmement nombreuses ; on en trouve plusieurs centaines chez les sujets qui en sont atteints.

Elles couvrent le cou, les épaules, le dos, les parties latérales du tronc, l'abdomen. On les observe surtout chez les femmes : elles peuvent débuter chez elles dès l'âge de trente ans ; elles sont fréquentes de quarante-cinq à cinquante-cinq ans. Elles coexistent souvent avec de petits éléments de molluscum pendulum situés au cou et sur le haut de la poitrine. Elles arrivent parfois chez elles, surtout au niveau du corset, à constituer par quasi confluence, tant elles sont nombreuses, une sorte de revêtement des téguments d'un jaune brunâtre. C'est pour ces malheureuses une véritable cause de désespoir. L'homme peut être atteint de la même manière.

Les verrues séniles peuvent s'accompagner de diverses dermatoses: prurit sénile, cornes cutanées, nœvi vasculaires, eczéma chronique, psoriasis, état angioséborrhéique de la peau du visage, séborrhée, kératome sénile, épithélioma (F. Sprecher).

A la surface des verrues séniles, Sprecher a trouvé le bacille bouteille de Malassez, le bacille dit séborrhéique, des bacilles divers, des grains ronds un peu plus gros que des staphylocoques.

Anatomie pathologique. — La verrue séborrhéique est essentiellement constituée par « des prolongements épidermiques irréguliers et contournés qui s'enfoncent

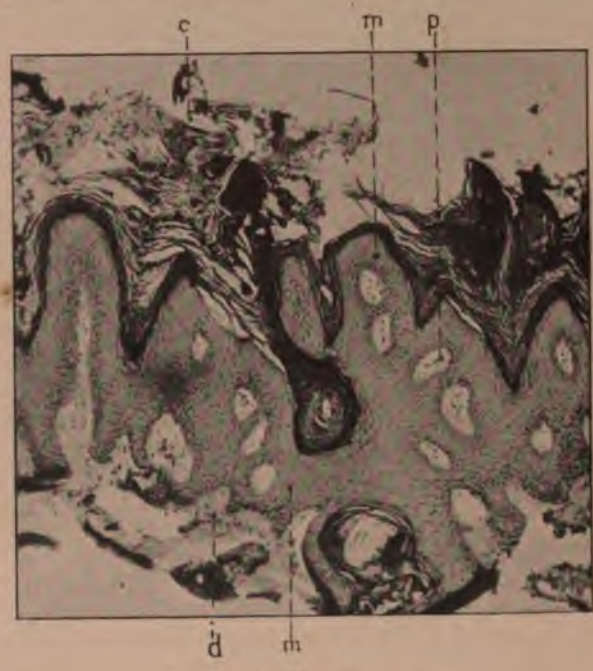


Fig. 217. — Verrue sénile.

c, Couche cornée en hyperkératose et en desquamation. — m, corps muqueux en acanthose. — p, papilles hypertrophiées en papillomatose. — d, Derme sain.

dans le derme s'anastomosant en un réseau de travées épithéliales minces dont les mailles sont occupées par des îlots conjonctifs correspondant à des papilles contournées et rencontrées obliquement par la coupe. Ces travées sont formées par la couche filamenteuse de l'épiderme, mais on y trouve souvent et à toutes les hauteurs de petits globes cornés isolés ou en communication avec la surface. » (Dubreuilh, *Pratique Dermat.*, t. IV, p. 829) (voir pour plus de détails le travail de Sprecher sur la *Verrue sénile*, Turin, 1904, et celui de Wlaesch dont nous avons parlé plus haut : on y trouvera une histologie des plus complètes). Wlaesch croit pouvoir désigner cette affection sous le nom d'*acanthose verruqueuse séborrhéique*.

Traitement. — Il est fréquent de voir les verrues évoluer spontanément vers la la guérison après un laps de temps variable de développement et d'état: elles disparaissent dans ce cas sans laisser de traces, et sans que l'on ait institué une médi-

cation. Il ne faut pas perdre de vue ce fait clinique dans l'appréciation de la valeur des diverses méthodes préconisées contre cette affection.

Traitement interne. — Il est quelques médicaments dont la quasi-spécificité a été tant de fois vantée contre les verrues que nous croyons devoir les mentionner. Ce sont :

La *magnésie* dont on donne, suivant l'âge des malades, de 20 centigrammes à 1 gramme par jour, en deux fois, avant les repas. On a administré aussi le sulfate de magnésie (sel d'Epsom) ;

L'*eau de chaux* dont on fait prendre un verre additionné d'un peu de lait après le déjeuner (J. Burdon Cooper) ;

La teinture de *thuya occidentalis* dont on donne de 60 à 80 gouttes par jour ; il est bon d'en badigeonner en même temps les verrues ;

L'*arsenic* que l'on administre d'après les principes connus, soit sous forme de liqueur de Fowler, soit sous forme d'arséniate de soude.

Nous croyons que, dans les cas de verrues généralisées, on doit faire usage de ces substances, en particulier de la magnésie : mais nous ne saurions dire si elles agissent par elles-mêmes ou par la suggestion.

Certaines personnes guérissent les verrues par ce dernier procédé, et c'est une des pratiques chères aux rebouteux et aux sorciers des campagnes.

Traitement local. — Le traitement local des verrues est le même que celui de toutes les hypertrophies papillaires et cornées (Voir *Cor*, etc...)

Le traitement le plus actif et le plus rationnel consiste soit à les détruire avec le fer rouge, cautère actuel ou galvano-cautère, soit à les exciser ou à les racler, puis à cautériser leur base avec un caustique quelconque. Les plus vantés sont le nitrate d'argent, l'acide acétique cristallisable, l'acide chromique, l'acide phénique, l'acide chlorhydrique, l'acide azotique, le nitrate acide de mercure, les pâtes arsenicales, la pâte de Vienne, etc... Plus le caustique est énergique, plus l'on doit procéder avec précaution.

Ces caustiques divers peuvent être appliqués directement sur la verrue sans opération préalable ; et, au bout d'un nombre d'applications qui varie suivant la force du caustique et l'énergie de la cautérisation, ils en amènent parfois la disparition.

Comme topiques pouvant guérir les verrues sans opérations, mentionnons encore le savon noir en applications continuelles, le naphtol camphré, les emplâtres mercuriels, les emplâtres à l'acide salicylique, les collodions suivants :

Acide salicylique	1 gramme.
Alcool à 90°	1 —
Ether à 62°	2 — 50
Collodion élastique	5 — 50

M. s. a.

ou bien :

Acide salicylique	ãã 1 gramme.
Acide lactique	
Collodion élastique	8 —

ou bien :

Bichlorure d'hydrargyre	de 10 à 25 centigrammes.
Collodion élastique	10 grammes.

Manier avec précaution cette dernière préparation.

Voici comment nous conseillons de procéder avec ces collodions, en particulier avec les collodions salicyliques :

Tous les deux jours faire le pansement suivant :

1° Enlever avec de l'éther le collodion mis l'avant-veille ;

2° Nettoyer soigneusement avec de l'eau bouillie, du savon de naphtol, de l'éther, et de l'alcool camphré ;

3° Racler, sans faire trop saigner, avec une curette ou avec un grattoir flambé, tout l'épiderme attaqué par l'acide salicylique ;

4° Lotionner de nouveau avec de l'éther et de l'alcool camphré ;

5° Toucher exactement la verrue, c'est-à-dire toutes les papilles hypertrophiées avec de l'ouate roulée au bout d'un petit bâtonnet, imbibée d'acide phénique neigeux et exprimée ;

6° Recouvrir avec le collodion salicylé.

Continuer ainsi jusqu'à ce que la verrue ait disparu ; mais dès qu'on s'aperçoit que le derme est trop enflammé, ou ulcéré, suspendre le traitement, panser jusqu'à cicatrisation avec de l'emplâtre à l'oxyde de zinc pur, puis recommencer dès que la cicatrisation s'est faite, s'il y a encore vestige de verrue.

Il est de notion vulgaire que le suc de quelques plantes, telles que certaines euphorbes, la grande chélidoine, le figuier sauvage, etc..., appliqué pendant un certain temps sur les verrues, les flétrit et les fait disparaître. A. Evershed prétend que l'eau de mer a les mêmes propriétés.

La chrysarobine en pommade a donné de bons résultats à Dubreuilh. Pour les verrues planes de la face et les verrues séborrhéiques du tronc, nous avons employé avec quelque succès les pommades fortes pour acné à base de naphtol, camphre, résorcine, soufre et savon noir (voir *Acné*).

Vigier a préconisé l'acide orthophénolsulfurique, plus connu sous le nom d'aseptol ou de sulfocarbol, avec lequel on touche les verrues une ou deux fois par jour.

Nous avons pu, après beaucoup d'auteurs, vérifier l'action réelle de l'*électrolyse négative* sur les verrues. On traverse la base de la verrue en divers sens avec une fine aiguille reliée au pôle négatif de manière à la décomposer : la verrue se flétrit et tombe, sans laisser de cicatrice. Ce procédé est tout particulièrement recommandable pour les verrues pédiculées et pour les verrues périunguéales.

Parfois l'*effluve locale de haute fréquence* fait disparaître avec rapidité, sans cicatrice, les verrues planes de la face : il s'agit probablement là encore de faits de suggestion.

D'après quelques résultats qui ont été publiés par Sjögren et Sederholm, par Varney, et d'après ce que nous avons observé nous-même avec Bisserié, Belot, et Mézerette, il semble que la *radiothérapie* ait une réelle efficacité contre les verrues, Elles disparaissent sans laisser la moindre cicatrice. Mais il faut se défier beaucoup de ce procédé à la main, car en cette région les radiodermites se produisent avec la plus déplorable facilité.

Signalons enfin un fait d'observation fort intéressant et d'après lequel la destruction d'une des plus grosses verrues chez un individu infecté amène parfois l'atrophie graduelle de toutes les autres. Il est vrai que nombre de dermatologistes ne l'ont jamais constaté.

2° PAPILLOMES, VÉGÉTATIONS

Si l'on veut bien se reporter à l'article *Papillome* de nos tableaux d'ensemble, on y verra que devons décrire ici :

A. Les *végétations* qui siègent aux parties génitales de l'homme et de la femme (*Papillomes simples des organes génitaux*) ;

B. *Les végétations ou papillomes simples de la cavité buccale ;*

C. *Les papillomes simples du cuir chevelu.*

A. **Végétations**. — *Papillomes simples des organes génitaux.*

Symptômes. — On donne le nom de *végétations* (*verrues acuminées, condylomes acuminés, choux-fleurs*), à des excroissances plus ou moins longues et saillantes, pédiculées, filiformes et ramifiées, presque toujours molles, d'un rouge vif, humides, parfois même suintantes, et qui sont dues à une hypertrophie considérable des papilles du derme.

Fig. 218. — Végétations (papillomes confluents) de la vulve, de la face interne des cuisses et de la région périanale.

Elles se développent par groupes sur des surfaces cutanées ou muqueuses baignées par un liquide irritant. C'est ainsi qu'elles coexistent pour ainsi dire toujours avec un écoulement blennorragique.

Leurs sièges de prédilection sont : chez l'homme la couronne du gland, le sillon glando-préputial, (où on les appelle vulgairement *crêtes de coq*, où elles forment souvent une masse touffue surtout vers le filet, et où elles sont serrées les unes contre les autres tant elles sont nombreuses), la face interne du prépuce, l'orifice du prépuce, l'orifice de l'urèthre et l'entrée de l'urèthre ; chez la femme l'orifice du vagin, la fourchette, les petites lèvres, la face interne des grandes lèvres, la marge de l'anus, etc...

Chez la femme qui ne prend pas de soins minutieux de propreté, surtout chez celle qui est atteinte de blennorragie et qui est enceinte, les végétations vulvaires se multiplient d'une manière effrayante, prennent parfois un développement fantastique, et arrivent à former d'énormes masses mamelonnées d'un rouge vif, pouvant atteindre le volume des deux poings et même davantage.

Chez les personnes qui sont fort soigneuses, qui se lavent dès qu'elles se sentent mouillées, et qui tiennent les régions atteintes poudrées à sec, les végétations restent au contraire fort petites, comme ratatinées, discrètes et ne constituent que de légères saillies mamelonnées ou filiformes, de 1 à 2 millimètres, sur une muqueuse peu irritée.

Anatomie pathologique. — Les végétations sont essentiellement constituées par des papilles très longues et ramifiées dans lesquelles on trouve un tissu conjonctif

fibrillaire à la base, souvent embryonnaire ou muqueux au sommet, toujours assez riche en cellules et quelquefois infiltré de leucocytes. Elles sont parcourues par des capillaires sanguins ou lymphatiques très dilatés et tapissés de cellules endothéliales petites, mais très épaisses, faisant parfois saillie dans la lumière du vaisseau.... La couche génératrice de l'épiderme est à peu près normale, sauf la quantité inusitée de cellules en karyokinèse ; on en trouve même dans les 4 ou 5 premières rangées de cellules. La couche filamenteuse est très augmentée d'épaisseur, non seulement parce que les cellules qui la composent sont plus nombreuses, mais aussi parce qu'elles sont quadruplées de volume ; elles sont plus claires que normalement ; les espaces intercellulaires sont élargis et les filaments d'union se voient avec une netteté extraordinaire tant dans les cellules que dans leur intervalle... Cet œdème cellulaire et intercellulaire est plus marqué dans les végétations génitales de la femme à cause de la macération. » (Dubreuilh, *Pratique Dermat.*, article *Papillome*).

La couche granuleuse est assez bien développée. La couche cornée est nette quand les végétations sont sèches, peu développée et formée d'un petit nombre de cellules gonflées par l'œdème dans les régions humides et macérées (Dubreuilh).

Étiologie. — Nous avons vu que les végétations coexistent d'ordinaire avec la blennorragie. Il semble bien qu'elle soient contagieuses, auto-inoculables, et inoculables du sujet malade au sujet sain.

Diday a soutenu que les végétations et les verrues ne formaient qu'une seule et même maladie. Cette idée a été de nouveau récemment émise par Thibierge (*Soc. de dermat.*, 9 novembre 1905).

La grossesse est, comme nous l'avons dit plus haut, une cause prédisposante très puissante surtout au point de vue de leur développement excessif.

Traitement. — On a préconisé un nombre infini de médications contre les végétations.

Voici ce que nous conseillons de faire :

1° Lotions astringentes avec des solutions de sous-acétate de plomb, d'alun, de tannin, de résorcine, de nitrate d'argent d'abord au 1/100, puis au 1/50, au 1/25.

2° Pansements secs avec des poudres, telles que les mélanges suivants : (oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth pulvérisé àà 5 grammes ; poudre de talc de 20 à 40 grammes) ; (poudre de sabine, de calomel, d'alun, àà parties égales), etc...

Enfin, si elles résistent, on peut les cautériser avec le nitrate d'argent, l'acide chromique, l'acide acétique, le nitrate acide de mercure, l'acide phénique, le sulfocarbol, l'acide nitrique fumant, etc..., ou bien les lier, les exciser avec des ciseaux, les racler avec la curette, les détruire avec l'électro-cautère, etc...

Parfois on les voit diminuer peu à peu et finir par disparaître quand on en a enlevé un certain nombre.

Si les opérations que l'on se propose de faire sur elles sont trop douloureuses, il est indiqué de badigeonner la muqueuse à leur point d'implantation avec une solution ou une pommade à la cocaïne. Quand elles sont nombreuses et volumineuses, il vaut mieux pratiquer l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle, et au besoin par le chloroforme ou par l'éther, pour pouvoir les exciser à son aise.

B. **Papillomes simples de la bouche**. — On peut observer sur la muqueuse buccale, en particulier à la face interne des joues, de petites végétations papillaires du

volume d'une tête d'épingle, d'un pois, rarement plus considérables. Elles sont parfois sessiles et hémisphériques ; elles sont fréquemment très pédiculées, souvent ramifiées. On a prétendu que ce sont des verrues inoculées sur la muqueuse buccale. Il n'y a qu'à les exciser avec des ciseaux courbes.

Fig. 219. — Papillome de la face dorsale de la langue.

Nous avons présenté à la Société Française de dermatologie, en décembre 1901, un volumineux papillome de la face dorsale de la langue faisant une saillie considérable, très végétant, mais n'ayant aucun caractère malin. Sébileau et Pautrier (*Soc. de chir.*, 8 fév. 1905) en ont fait connaître un autre cas.

C. **Papillomes de la face et du cuir chevelu.** — Il n'est pas rare d'observer au visage, et surtout aux paupières, des lésions pédiculées composées par un pinceau de saillies papillaires acuminées de 2, 3, 5 millimètres de long, souvent cornées à leur extrémité, molles à leur point d'implantation.

Au cuir chevelu, les papillomes sont relativement fréquents : ils peuvent être pédiculés comme ceux du visage et présenter une sorte de bouquet de papilles hypertrophiées et ramifiées, à base un peu rétrécie et pédiculée; ils peuvent avoir au contraire une large base sessile sur laquelle repose le chou-fleur papillaire peu exubérant. Nous en avons vu le cuir chevelu envahi. Ils sonttrès auto-inoculables.

Leur véritable traitement est la destruction du pédicule par l'électro-cautère quand la lésion est pédiculée, la volatilisation par le fil de platine rougi quand la tumeur est sessile.

3° MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Symptômes. — Depuis Bateman, on désigne sous le nom de *molluscum contagiosum* (*acné varioliforme de Bazin, élevure folliculeuse de Rayer, ecdermoptosis d'Huguier, acné tuberculeuse ombiliquée de Piogey, acné tuberculoïde de Devergie, molluscum verruqueux de Kaposi, molluscum sébacé de Hébra, molluscum épithélial de Virchow, epithelioma contagiosum de Neisser*, etc...) une lésion constituée par une tumeur minuscule, globuleuse, plus rarement aplatie, semblable à une petite perle comme volume, comme forme et presque comme couleur, sphérique ou demi-sphérique comme elle, posée en relief sur les téguments, sans inflammation ni tuméfaction périphérique du derme, souvent comme translucide, d'un blanc mat ou d'un blanc rosé, et portant à son sommet une dépression ou pour mieux dire un ombilic. Cet ombilic est un véritable trou qui communique avec l'intérieur de la petite tumeur, et par lequel on peut faire sortir par la pression le contenu de la poche sous la forme d'une masse à moitié solide d'un blanc laiteux, constituée par des cellules épidermiques, des globules et des cristaux de graisse et par des corps arrondis ou ovoïdes, sans noyaux, que l'on désigne sous le nom de corpuscules de molluscum.

Fig. 220. — Élément typique de molluscum contagiosum pris sur l'avant bras d'une femme de quarante ans.

Les éléments éruptifs sont le plus souvent isolés, discrets, au nombre de deux ou trois, disséminés çà et là sur la face, en particulier sur les paupières, sur le cou, ou sur les parties génitales et la face interne des cuisses. Parfois ils sont fort abondants, et deviennent confluents (région frontale et antérieure du cuir chevelu, cou, parties génitales) : ils peuvent prendre un grand développement, s'allonger, se pédiculiser, se déformer par pression réciproque. Le plus souvent ils sont minuscules, du volume d'un grain de millet ou d'un pois, restent stationnaires pendant

Fig. 221. — Éruption de molluscum contagiosum, partie inférieure de la face, cou et partie supérieure de la poitrine, chez une femme de trente ans.

fort longtemps, et ne causent aucune douleur. Quand on ne les traite pas, leur durée peut être indéfinie.

Parfois cependant la guérison survient spontanément par issue du contenu au dehors, et par résorption ou bien par inflammation de la petite tumeur qui suppure et qui disparaît en laissant une cicatrice superficielle.

On en a décrit des formes généralisées; en effet nous les avons vus dans quelques cas se disperser sur tous les téguments.

Anatomie pathologique et pathogénie. — On a beaucoup discuté sur l'histologie et la pathogénie du molluscum contagiosum. Nous renvoyons pour plus de détails sur ces points un peu théoriques aux travaux de Renaut, de Leloir et Vidal, d'Audry, à l'article de Bodin dans la *Pratique Dermatologique*, t. III.

Un élément de molluscum contagiosum est constitué par un certain nombre de

lobules plus ou moins réguliers, en forme de poire, dont la grosse extrémité est tournée vers la périphérie tandis que la petite extrémité ou pédicule est appendue au centre de la tumeur.

Ces lobules sont composés de cellules épithéliales qui se continuent avec le corps muqueux de l'épiderme périphérique. Il y a une couche basale qui présente plus de cellules en karyokinèse qu'à l'état normal (Audry). Dans la couche de cellules épineuses on trouve des altérations cellulaires spéciales qui sont le début des fameux corpuscules de molluscum. Ces corpuscules se voient au-dessus de cette

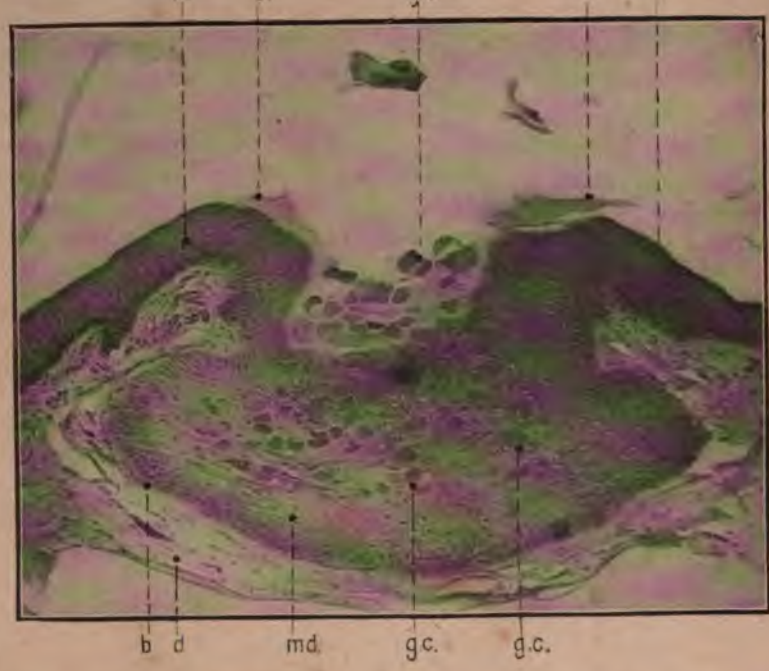


Fig. 222. — Molluscum contagiosum. (Coupe d'un élément tout à fait récent, typique, encore unilobé. La lésion n'a aucun rapport avec un follicule pileux ou une glande quelconque).

c, couche cornée normale, desquamée au centre de l'invagination néoplasique. — *m*, corps muqueux. — *b*, couche basilaire de l'épiderme limitant la néoplasie épithéliale. — *md*. cellules de la couche épineuse en voie de transformation. — *gc*, globes cornés caractéristiques du molluscum contagiosum (corpuscules du molluscum) formés par des cellules malpighiennes en dyskératose. — *d*, derme sain.

La lésion est tout à fait récente, encore unilobée. Elle est caractéristique. On peut suivre facilement la continuité de l'épiderme de recouvrement et de celui qui constitue l'invagination pseudo-néoplasique. Celle-ci logée dans du tissu conjonctif sain se présente avec sa couche génératrice cylindrique, son corps muqueux ; ce dernier offre bientôt les globes cornés intra-cellulaires qui finissent par envahir toute la cellule et la transformer en « corpuscule de molluscum. » On voit facilement que la lésion n'a point de rapport avec un follicule quelconque. (Audry.)

couche dans une région qui correspond au stratum corneum de l'épiderme normal. Ce sont des éléments ovoïdes ou arrondis, sans noyau, entourés d'une membrane d'enveloppe et constitués par une masse dont les réactions sont à peu de chose près celles de la corne jeune (E. Bodin, *Pratique Dermat.*) (Voir pour de plus amples détails cet article et le travail d'Audry : *Annales de Dermat.*, 1899, p. 621.)

Certains auteurs prétendent que cette lésion siège dans les glandes sébacées ; d'autres, parmi lesquels nous nous rangerons, soutiennent qu'elle est indépendante de ces glandes, et que c'est une simple néoplasie épithéliale. Les corpuscules

de molluscum, sur la nature desquels on a tant discuté, sont probablement dus à une dégénérescence cornée spéciale des cellules épidermiques : on a voulu à tort en faire des parasites de l'ordre des grégarines.

Mais il n'en est pas moins certain que le molluscum contagiosum est contagieux et inoculable. Son inoculabilité a été déjà démontrée par des expériences irréfutables, et nous l'avons constatée sur nous-même. On a observé de véritables épidémies de molluscum contagiosum créées autour de lui par un premier malade.

Juliusberg a établi que le virus du molluscum contagiosum est filtrable. (*Deutsche med. Wochens.*, 5 oct. 1905.)

Traitement. — Le traitement par excellence du molluscum contagiosum consiste à le détruire mécaniquement : pour cela on peut l'enlever avec la curette tranchante, en tendant la peau et en donnant un coup sec à la base de la tumeur : on peut aussi l'exciser avec des ciseaux courbes, s'il est pédiculé, ou bien encore le volatiliser avec l'électrocautère. Mais il est bien plus simple de le vider par expression, en le serrant vigoureusement soit entre les mors d'une pince à épiler, soit entre les ongles des deux pouces préalablement désinfectés, et que l'on désinfecte ensuite pour ne pas se contagionner. Il est bon que la pression soit assez forte pour qu'il se fasse un petit épanchement de sang dans la poche. Pour plus de sûreté, on peut cautériser ensuite les parois du sac avec un bout pointu de crayon de nitrate d'argent, mais on peut se contenter de lotionner avec de l'alcool camphré. On a aussi proposé de se servir d'acide nitrique ou de nitrate acide de mercure.

Quand la peau est très fine et très délicate, il suffit parfois de faire des applications d'alcool camphré ou de savon noir ou d'autres agents produisant une inflammation superficielle exfoliante du derme et de l'épiderme, comme la teinture d'iode, les pommades mercurielles, soufrées ou naphtolées, pour voir disparaître les petites tumeurs en partie ou en totalité.

Quand les éléments éruptifs sont nombreux et volumineux, on peut essayer des lotions astringentes, telles que les solutions d'alun, de sulfate de zinc, de sulfate de fer, ou des lotions irritantes, telles que les préparations de sublimé, d'ammoniaque, d'huile de cade, la teinture d'iode, etc... mais la lotion de choix nous a paru être l'alcool camphré qui possède certainement une action élective contre le molluscum contagiosum : on l'emploie en lotions biquotidiennes chez les sujets qui sont atteints, en lotion quotidienne chez ceux qui ont à craindre le développement de cette affection.

4° GRANULOME ULCÉREUX DES ORGANES GÉNITAUX

On a décrit sous les noms de « *Ulcerating granuloma* ; — *Groin ulceration* : — *Sclerositing granuloma* » une affection assez mystérieuse, observée en Guyane anglaise et en Polynésie, et qui se caractérise par un placard granuleux, exulcéré, suintant qui gagne lentement par la périphérie, tandis qu'il se cicatrise au centre : elle finit ainsi, après plusieurs années, par envahir toute la région génitale.

Ce serait une maladie vénérienne, transmissible par le coït, et qui serait distincte de la syphilis et du chancre simple. Elle serait auto-inoculable. Elle ressemblerait surtout au lupus papillomateux. (Jeanselme, *Pathol. cut. exotique*, p. 229.) Nous renvoyons pour plus de détails sur ce point si obscur et qui réclame de nou-

vaux travaux aux mémoires de Galloway, de Manson, et à l'article de R. Crocker : (*loc. cit.* p. 1009 :) (voir en outre l'article Esthiomène).

5° BALANO-POSTHITE PUSTULO-ULCÉREUSE

Du Castel a décrit sous ce nom une affection qu'il considère comme bien définie, contagieuse, mais non auto-inoculable. Elle est caractérisée par l'apparition, dans le sillon balano-préputial, quelques jours après un rapport suspect, d'une ulcération grisâtre, recouverte d'un enduit pultacé, diphtéroïde, limitée par un liséré d'un rouge éclatant, à bords polycycliques et microcycliques comme ceux des lésions herpétiques, mais assez profonde et intéressant le derme que l'on voit granuleux là où il n'est pas recouvert de l'enduit diphtéroïde. Elle est douloureuse aux frottements. Bientôt surviennent d'autres éléments éruptifs consistant toujours en pustules d'emblée, du volume d'un gros grain de millet, jaunes, opalines, qui s'ouvrent et laissent le derme à nu : elles forment par confluence des ulcérations irrégulières et assez étendues dans le sillon balano-préputial : on peut voir aussi quelques éléments isolés sur le gland et la muqueuse préputiale. Ces nouvelle pustules apparaissent successivement tandis que les premières se cicatrisent, de telle sorte que l'affection peut persister pendant plusieurs semaines.

Il est évident que cette maladie a été jusqu'ici confondue avec *l'herpès*. D'après Du Castel elle diffère de cette dermatose en ce que l'éruption est plus abondante, pustuleuse d'emblée et essentiellement suppurative, en ce qu'elle atteint le derme, pullule incessamment, et ne vient qu'après un coït suspect.

Elle diffère du *chancre simple* en ce qu'elle est beaucoup moins profonde, en ce que ses bords sont polycycliques, microcycliques et non décollés, en ce qu'elle n'est pas inoculable au porteur.

Du Castel pense qu'on pourrait peut-être la considérer comme une sorte d'impetigo contagiosa de la verge.

Traitement. — Du Castel recommande de toucher les ulcérations avec une solution alcoolique d'acide phénique au dixième, puis de poudrer avec de la poudre d'oxyde de zinc ou de salol. (Nous laissons à cet auteur toute la responsabilité de cette description et de cette médication.)

FIN DU TOME PREMIER

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

T71 Brocq, L.A.J. 81618
B87 Traité élémentaire de
v.1 dermatologie pratique.
1907

NAME	DATE DUE